

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 199

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 avril 1883, à 1 h.

PAR

Frédéric BURET

Ancien interne des Hôpitaux, Médaille de bronze de l'Assistance publique (1880)

DU DIAGNOSTIC

DE

L'ECTOPIE RÉNALE

Président: M. LABOULBÈNE, professeur;

Juges { MM. PETER, professeur;  
HALLOPEAU, RAYMOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE V. GOUPY ET JOURDAN

71, RUE DE RENNES, 71

1883

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

|                                                                                     |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                             | <b>M. BÉCLARD.</b> |
| <b>Professeurs.</b> . . . . .                                                       | <b>MM.</b>         |
| Anatomie. . . . .                                                                   | SAPPEY.            |
| Physiologie. . . . .                                                                | BÉCLARD.           |
| Physique médicale. . . . .                                                          | GAVARRET.          |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                                        | WURTZ.             |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                               | BAILLON.           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                                      | BOUCHARD.          |
| Pathologie médicale. . . . .                                                        | { JACCOUD.         |
|                                                                                     | { PETER.           |
|                                                                                     | { GUYON.           |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                                    | { DUPLAY.          |
| Anatomie pathologique. . . . .                                                      | CORNIL.            |
| Histologie. . . . .                                                                 | ROBIN.             |
| Opérations et appareils. . . . .                                                    | LE FORT.           |
| Pharmacologie. . . . .                                                              | REGNAULD.          |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                                          | HAYEM.             |
| Hygiène. . . . .                                                                    | BOUCHARDAT         |
| Médecine légale. . . . .                                                            | BROUARDEL.         |
| Accouchements, maladies des femmes en couche et<br>des enfants nouveau-nés. . . . . | PAJOT.             |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                                 | LABOULBÈNE         |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                                       | VULPIAN.           |
|                                                                                     | { SÉE (G.).        |
| Clinique médicale. . . . .                                                          | { LASÈGUE.         |
|                                                                                     | { HARDY.           |
|                                                                                     | { POTAIN.          |
|                                                                                     | { PARROT.          |
| Maladies des enfants . . . . .                                                      | BALL.              |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de<br>l'encéphale . . . . .          | CHARCOT.           |
| Clinique des maladies nerveuses. . . . .                                            | { RICHET.          |
|                                                                                     | { GOSSELIN.        |
|                                                                                     | { VERNEUIL.        |
|                                                                                     | { TRELAT.          |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                                  | PANAS.             |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                                   | DEPAUL.            |
| Clinique des maladies syphilitiques. . . . .                                        | FOURNIER.          |

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

|              |            |               |             |
|--------------|------------|---------------|-------------|
| MM. BOUILLY. | MM. GAY.   | MM. LE GROUX. | MM. RECLUS. |
| BERGER.      | GRANCHER.  | MARCHAND.     | REMY.       |
| BUDIN.       | HALLOPEAU. | MONOD.        | RENOU.      |
| BOURGOIN.    | HENNINGER. | OLLIVIER.     | RICHET.     |
| CADIAT.      | HANRIOT.   | PEYROT.       | RICHELOT.   |
| DEBOVE.      | HUMBERT.   | PINARD.       | STRAUS.     |
| DIEULAFOY.   | JOFFROY.   | POZZI.        | TERRILLON.  |
| FARABEUF.    | LANDOUZY.  | RAYMOND.      | TROISIER.   |

Agrégés libres chargés de cours complémentaires

|                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------|
| Cours clinique des maladies de la peau. . . . . | MM. N.    |
| — des maladies des enfants. . . . .             | N.        |
| — de l'ophthalmologie. . . . .                  | N.        |
| — des maladies des voies urinaires. . . . .     | N.        |
| — des maladies syphilitiques. . . . .           | N.        |
| Chef des travaux anatomiques. . . . .           | FARABEUF. |

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULET

Professeur d'histoire de la médecine, Médecin de l'hôpital  
de la Charité  
Officier de l'Instruction publique

A MON MAÎTRE

M. LE D<sup>R</sup> DUGUET (1875 et 1880)

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Professeur d'histoire de la médecine, Médecin de l'hôpital  
de la Charité  
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

M. LE D<sup>r</sup> DUGUET (1879 et 1880)

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital  
Lariboisière  
Chevalier de la Légion d'honneur

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE D<sup>r</sup> DESNOS (1877)

Médecin de l'hôpital de la Charité  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE D<sup>r</sup> MARTINEAU (1878)

Médecin de l'hôpital de Lourcine  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE D<sup>r</sup> LANCEREAUX  
(1879)

Professeur agrégé à la Faculté de  
Médecine  
Médecin de l'hôpital de la Pitié  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE D<sup>r</sup> PERIER (1881)

Professeur agrégé à la Faculté de  
Médecine  
Chirurgien de l'hôpital St-Antoine  
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE D<sup>r</sup> GOUGUENHEIM  
(1881)

Médecin de l'hôpital Bichat

M. LE D<sup>r</sup> BOURNEVILLE  
(1882)

Médecin de l'hospice de Bicêtre  
Membre du Conseil municipal  
Député de la Seine

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
DE LILLE (1874 et 1875)

MM. LES D<sup>rs</sup> MORISSON, PARISE, FOLET, PAQUET,  
HALLEZ, WANNEBROUCQ

A M. LE D<sup>r</sup> GAUJOT (1876)

Médecin inspecteur des armées, Officier de la Légion d'honneur

## AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion, dans le cours de nos études médicales, d'examiner un certain nombre de reins déplacés, nous avons été frappé de la fréquence des erreurs de diagnostic commises avant l'entrée des malades à l'hôpital. Nous avons pu voir de ces malades qui avaient été traités pour les affections les plus dissemblables, et le traitement n'avait pas toujours été des plus inoffensifs. Jusqu'alors nous nous étions contenté de retenir ces faits pour tâcher d'éviter la même erreur, le cas échéant, lorsque, tout dernièrement, nous pûmes observer à Lariboisière, dans le service de M. Duguet, deux femmes chez lesquelles l'ectopie rénale avait été longtemps méconnue. L'une d'elles, notamment, qui porte un rein mobile des plus manifestes, avait été considérée comme étant atteinte des maladies les plus diverses, entre autres d'un cancer du pylore. En outre, M. Duguet nous disait avoir reconnu, il y a quelque temps, un rein flottant chez une dame que l'on avait envoyée à Vichy pour une soi-disant maladie de foie. Quelques jours après, nous trouvions dans 2 journaux médicaux, publiés en janvier 1883, un nombre relativement considérable d'observations de reins mobiles longtemps méconnus.

Cette accumulation de faits du même genre observés en si peu de temps, nous donna l'idée de rechercher dans les différentes publications sur ce sujet, si, réellement, le

déplacement accidentel du rein peut donner lieu à d'aussi fréquentes erreurs de diagnostic. Or nous avons trouvé un grand nombre d'observations de reins mobiles, et, une fois sur deux au moins, le diagnostic n'a pas été fait d'emblée.

Malgré d'excellents travaux sur l'ectopie rénale, la proportion des erreurs de diagnostic n'a pas sensiblement diminué depuis 1859, époque à laquelle le D<sup>r</sup> Fritz, alors interne des hôpitaux, publiait le premier travail un peu complet qui ait paru sur cette question. C'est pourquoi nous avons cru utile de traiter spécialement, dans notre thèse inaugurale, le seul point qui nous parût présenter actuellement un intérêt pratique, à savoir le diagnostic des déplacements accidentels du rein.

Nous n'avons pas la prétention d'aborder un sujet neuf. Le diagnostic de l'ectopie rénale a été traité incidemment par un petit nombre d'auteurs, simplement esquissé par la majorité. Dans une publication toute récente, M. le D<sup>r</sup> Edouard Fournié (1) a bien, à la vérité, pris pour titre, « *Du rein flottant au point de vue diagnostique* » : mais il ne fait, en somme, que la symptomatologie, et, comme diagnostic différentiel, il se contente d'énumérer les différentes affections avec lesquelles on peut confondre le rein mobile, en donnant quelques observations à l'appui.

Enfin, malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible de trouver un travail complet n'ayant en vue que le diagnostic et les erreurs si fréquemment commises.

---

(1) Ed. Fournié. — *Du rein flottant au point de vue diagnostique*; in *Revue médic. franç. et étrang.*, Paris, janv. 1883.

C'est cette lacune que nous voulons essayer de combler. Notre but est donc d'appeler l'attention des praticiens sur la facilité avec laquelle le déplacement du rein est méconnu ou confondu, et il nous a paru intéressant de grouper, en les commentant, les exemples les plus frappants d'erreurs de ce genre. Nous avons surtout insisté sur le diagnostic différentiel, persuadé que, si les erreurs sont aussi fréquentes, c'est que l'on n'a pas bien présents à l'esprit les principaux symptômes qui caractérisent chaque affection de l'abdomen.

Qu'il nous soit permis, ici, de remercier notre savant maître, M. le D<sup>r</sup> Duguet, qui a bien voulu nous aider de ses conseils, et de lui témoigner publiquement notre respect et notre reconnaissance, auxquels il a droit à plus d'un titre.

(1) Mésure. — Opère omnia, Venetis, 1567. De dislocatione renum et vesicæ, cap. 3.  
(2) Riouan (Joan). — Manuel complet et pratique, Lyon, 1872, liv. II, p. 228.

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

Dans l'antiquité, les auteurs avaient déjà signalé la mobilité accidentelle des reins et la possibilité de leur déplacement, mais ces remarques brèves, dues pour la plupart à des anatomistes, n'avaient pas appelé l'attention des médecins. — Mesue (1), de Venise, dit bien, en 1561, que le rein et la vessie peuvent se déplacer, par suite d'un traumatisme extérieur ou d'une cause interne, mais il s'arrête là ; et presque tous les auteurs qui ont écrit après lui vers la fin du xvi<sup>e</sup> siècle, ont insisté sur les déplacements du rein peu à peu refoulé et enfin luxé par des tumeurs de voisinage : mais ils ne nous en apprennent guère plus que Mesue. Un siècle plus tard, on n'était pas beaucoup plus avancé sur la question. Riolan (2), qui écrit en 1672 (et non en 1682, comme le dit Rayer), y consacre aussi quelques lignes et fait de l'ectopie rénale une maladie très grave. Le sombre tableau qu'il nous expose sur les conséquences de cette affection, nous montre que la clinique était encore, au xvii<sup>e</sup> siècle, dans une période de tâtonnement. Le passage de Riolan

---

(1) Mesue. — *Opera omnia, Venetiis, 1561 : de dislocatione renum et vesicæ, cap. 3.*

(2) Riolan (Jean). — *Manuel anatom. et pathol.* Lyon, 1672., liv. II, p. 228.

est trop curieux et trop instructif pour que nous résistions au désir de le citer : mais nous le rapportons d'après l'original, Rayer et ceux qui l'ont reproduit sur la foi de cet auteur, ne l'ayant pas cité textuellement. « Encor que les reins semblent fortement attachez par la graisse comme avec de la colle aux lombes, ils ne laissent pourtant pas de pouvoir quitter leur place, d'estre démis et de tomber en devant ; quelquesfois mesmes ils tombent jusques au bas-ventre, ce qui ne se peut faire sans qu'on soit en *danger de la vie* ; ce qui est si véritable, qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient non seulement de ce que la graisse dont ils sont enveloppéz se fond, mais aussi de ce qu'estans devenus trop grands et lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassin, ils sont portez en embas par leur poids, leurs attaches n'estans assez fortes pour les retenir en leur place, d'où il arrive qu'après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombez, *ils se pourrissent*, et deviennent pleins d'abcès. »

Ainsi, Riolan effleure à peine l'étiologie, et donne comme terminaison habituelle de l'ectopie du rein ce qui n'est heureusement que l'exception. D'autres auteurs, après lui, ont bien aussi consacré quelques lignes à cette affection, mais ils ne nous apprennent rien de plus que Riolan. De sorte que, pendant près de deux siècles encore, l'ectopie rénale resta presque ignorée : car, il faut arriver jusqu'à Rayer pour trouver une description clinique de cette affection ; mais la question du diagnostic et des erreurs commises n'y est qu'indiquée. Cependant parmi les observations que rapporte cet auteur, il en est un certain nombre qui sont intéressantes au point de vue

qui nous occupe, et dont nous donnerons plus loin le résumé.

De nombreux auteurs ont ensuite repris la question ; mais ils n'ont pas assez insisté, à notre sens, sur le diagnostic. Nous devons toutefois citer Hare (1), qui publia, en 1858, une série d'articles sur les reins mobiles, et traita les différents points plus complètement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors : là, nous voyons esquisser un diagnostic différentiel. Un an plus tard, Fritz, qui depuis a succombé si malheureusement, reprit la question et fit sortir le rein flottant de l'oubli dans lequel il était un peu tombé en France. Dans son excellent mémoire (2), qui est encore un des mieux étudiés jusqu'à présent, il a surtout pour but, au chapitre du diagnostic, de faire ressortir la fréquence relative de cette affection, et la nécessité d'en bien connaître les symptômes. Becquet (3), mort, lui aussi, trop tôt pour la science, s'est uniquement occupé, en 1865, de la pathogénie de l'ectopie rénale, ne trouvant rien à ajouter, disait-il, à la publication de Fritz, pour ce qui regarde la symptomatologie et le diagnostic.

Depuis le mémoire de Fritz, les auteurs semblent avoir perdu de vue le diagnostic, M. Gueneau de Mussy (4) insiste particulièrement, dans sa clinique, sur la symptomatologie, et il accorde au traitement plus de développements qu'on ne l'avait fait avant lui. Trousseau (5), lui, ne dit pas un mot du diagnostic ; il se borne à cons-

---

(1) Hare. — *Medic. Times and gaz.* Vol. XVI. London, 1858, T. I.

(2) Fritz. — *Arch. gén. de méd.*, 1859.

(3) Becquet. — *Ibid.*, 1865.

(4) N. Gueneau de Mussy. — *Union méd.*, 1867.

(5) Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tome III.

tater que les erreurs commises sont fréquentes. M. Henri Martineau, dans sa thèse inaugurale (1), a eu le mérite de rassembler les travaux antérieurs, en commentant les opinions de ses devanciers : pour la symptomatologie, il a suivi la même marche que Fritz en accordant un peu plus de développement au diagnostic différentiel. Le Dr F. Defontaine (2), qui a repris la question en 1874, apporte quelques observations nouvelles, mais il glisse très rapidement sur le diagnostic. La même année, nous voyons apparaître la thèse du Dr Grout : le diagnostic n'est pas plus complet que dans la précédente.

MM. Lancereaux, dans le Dictionnaire encyclopédique et Labadie-Lagrave, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, ont résumé, chacun de leur côté, les données de la science sur la question, en y apportant des considérations nouvelles : nous avons puisé à ces deux sources d'utiles renseignements. En 1876, le Dr Le Ray, dans sa thèse inaugurale, aborde le même sujet, et traite le diagnostic un peu plus complètement que ses devanciers. En 1879, notre ami le Dr L. Pitois insiste sur la symptomatologie de l'ectopie rénale et apporte un nouveau contingent d'observations extrêmement intéressantes. Enfin, en 1881, le Dr Rigal, mort depuis d'une affection chronique, intitule sa thèse : *Des déplacements accidentels du rein*, et donne un résumé des connaissances actuelles sur la question.

---

(1) H. Martineau. — *Thèse de Paris*, 1868.

(2) F. Defontaine. — *Thèse de Paris*, 1874.

## CHAPITRE II.

### En quoi consiste l'ectopie rénale.

Tous les anatomistes et la plupart des auteurs qui ont écrit sur le rein mobile ayant exposé minutieusement les rapports du rein, il serait superflu, sinon banal, d'y revenir. Rappelons seulement que le rein est maintenu dans sa situation normale par une véritable atmosphère graisseuse doublant et remplaçant la capsule cellulo-fibreuse qui coiffe l'organe et l'entoure presque complètement. On sait que les deux feuillets résultant du dédoublement du péritoine, ne recouvrent pas le rein à la partie interne et antéro-inférieure, et que c'est en effet par cette région qu'il s'échappe. La résorption du tissu adipeux est-elle réellement une cause prédisposante au déplacement du rein? Riolan (1) avait déjà émis cette opinion; d'autres l'ont répété après lui. M. Lancereaux (2) le nie absolument en s'appuyant sur une donnée anatomique. « L'élément adipeux, dit-il, fait défaut dans les premières années de la vie; et, comme alors on ne voit pas se produire le rein mobile, il en résulte qu'il ne sert pas à la fixation de cet organe. » Toutefois Oppolzer (3) nous dit que, dans

---

(1) Riolan. — *Loc. cit.*

(2) Lancereaux. — Article *Rein*, in *Dict. encycl.*, p. 473.

(3) Oppolzer. — *Wien. med. Wochenschrift*, 1856.

toutes les autopsies de reins flottants qu'il a pu pratiquer, il a *toujours* trouvé une diminution considérable du tissu adipeux qui entoure le rein.

On a trouvé cet organe dans tous les points de l'abdomen où il était possible de loger un corps de son volume ; on saisira de suite l'importance que cette notion anatomo-pathologique peut avoir au point de vue du diagnostic. Il n'est pas indifférent non plus d'avoir présent à l'esprit que le rein déplacé n'est pas nécessairement mobile par cela même. On peut voir, par suite d'une péritonite circonscrite (que son déplacement peut occasioner), le rein retenu dans la situation anormale qu'il occupe, par des adhérences contractées avec les organes voisins. Quelquefois le rein s'est anormalement fixé, par suite d'un vice de conformation : c'est l'ectopie congénitale, dont nous ne nous occuperons pas ici. En effet, le rein congénitalement déplacé n'est jamais mobile, et cela se comprend assez facilement, à notre sens. Lorsque, par anomalie, ce viscère s'est développé en dehors de la gaine cellulo-fibreuse dont nous avons parlé, il a contracté, dès la période embryonnaire, des adhérences solides avec les organes environnants ; il ne se trouve plus alors dans une loge spéciale, dont l'ouverture à la partie déclive semble faite tout exprès pour lui permettre de glisser comme un noyau de cerise qu'on presse entre les doigts. Dans cette ectopie congénitale, on pourra tout aussi bien se trouver en présence d'une hypertrophie, d'une hydronéphrose, de kystes, et il faut être prévenu du fait pour chercher immédiatement si les reins sont à leur place, et ne pas conclure à une tumeur maligne de l'abdomen.

Sans entrer dans d'interminables discussions sur l'étiolo-

logie et la pathogénie de cette affection, points qui ont été traités suffisamment par les auteurs, et qui sont en dehors de notre sujet, nous rappellerons que l'ectopie rénale a une prédilection marquée pour le sexe féminin, et que c'est le rein droit qui se déplace le plus souvent. Pourquoi ? peu nous importe ; contentons-nous de constater le fait, et nous saurons alors que, lorsque chez une femme adulte, nous trouverons une tumeur mobile dans le flanc droit, il y aura des chances pour que ce soit le rein déplacé. Rappelons encore, puisque c'est classique, qu'on a incriminé le corset, et avec une apparence de raison ; les grossesses répétées, qui relâchent les parois de l'abdomen ; et enfin la congestion résultant de l'époque menstruelle, opinion qui forme la base de la théorie de Becquet. On a bien aussi, même dans l'antiquité, invoqué le traumatisme, la compression par les tumeurs de voisinage, les calculs rénaux, etc., mais nous ne nous y arrêterons pas.

On est surpris, lorsqu'on ouvre certains traités de pathologie interne, de ne trouver nulle part un chapitre consacré à l'ectopie rénale. C'est pourtant une affection qui, nous espérons le démontrer, mérite d'être prise en considération. Nous avons, par exemple, parcouru plusieurs ouvrages anglais sur les maladies du rein, et il nous a été impossible d'y trouver un seul mot concernant l'ectopie rénale. Mais il faut dire que, depuis nombre d'années, on a dit, écrit et répété que cette affection est une *curiosité pathologique*, et, comme conséquence toute naturelle, dès que l'on a affaire à une tumeur de l'abdomen, on élimine bien vite le rein flottant, quand toutefois l'on y pense. « Il n'est pourtant pas difficile, disait Fritz, dans son mémoire, de reconnaître la mobilité des reins, au

moins dans la grande majorité des cas, et, si l'on s'y est souvent trompé, c'est, nous ne saurions le répéter assez, parce que la possibilité de ce déplacement est ignoré d'un grand nombre de médecins. » Cette opinion de Fritz était peut-être fondée, il y a 25 ans, mais ce serait faire injure au corps médical que de supposer qu'il existe actuellement en France nombre de médecins n'ayant jamais entendu parler d'un rein mobile. Nous aimons beaucoup mieux croire que l'idée de rein flottant ne se présente pas à leur esprit, quand ils commettent des erreurs de diagnostic.

Il faut savoir reconnaître cette affection, non pas tant pour essayer de la guérir que pour s'abstenir d'une thérapeutique inutile, sinon nuisible. En effet, « la gravité de la mobilité des reins est surtout, dit M. Lancereaux, dans les erreurs de diagnostic et les traitements intempestifs suivis par les malades. » On ne saurait donc trop faire ressortir ces erreurs, et il est nécessaire, pour les éviter, d'avoir, gravé dans sa mémoire, le tableau clinique du déplacement du rein. Or, la symptomatologie en est suffisamment connue maintenant pour qu'on puisse l'exposer d'une manière complète.

Trois cas peuvent se présenter : dans le premier, la malade (car il s'agit presque toujours d'une femme) a un ou les deux reins déplacés sans s'en douter, et ce n'est que par hasard que le médecin, appelé à donner ses soins pour une tout autre affection, découvre la mobilité de l'organe (1). Sans parler de ceux qu'on ne trouve qu'à

---

(1) H. Martineau, dans sa thèse inaugurale, cite un cas où M. Chauffard trouva un rein flottant à droite chez une malade atteinte de fièvre intermittente, et qui ne s'en était jamais douté.

l'autopsie, ou qui restent toujours ignorés, il est évident que là, il n'y a et ne peut y avoir de maladie à marche définie, puisque les symptômes, s'il en a existé, n'ont pas suffi pour éveiller l'attention de la malade : c'est plutôt une anomalie tardive qu'une maladie à proprement parler. Tel est, par exemple, le cas d'une femme que nous avons pu observer, dans le service de M. Duguet, à Lariboisière, où elle est soignée pour une sclérodermie.

OBSERVATION I. (Personnelle.)

*Sclérodermie; ectopie rénale double ignorée.* — Lh..., Victoire, âgée de 52 ans, couturière, est entrée le 19 juillet 1882 à Lariboisière, dans le service de M. DUGUET. Elle est couchée au n° 3 de la salle Sainte-Joséphine. Cette malade est douée d'un certain embonpoint. Au moment de son entrée à l'hôpital elle ressentait quelques douleurs vagues dans les membres. S'apercevant que son ventre grossissait, elle s'en plaignit à M. Duguet qui, en palpant l'abdomen, y trouva les deux reins déplacés, le rein droit descendant un peu plus bas que le gauche. Pas de mobilité. Aucune douleur à la palpation; à la pression, la malade n'éprouve pas cette douleur nauséuse qui a été si souvent signalée. Lorsqu'on examine les lombes, on *n'aperçoit point la dépression* dont parlent les auteurs; de plus, à la percussion, on trouve une matité complète, égale dans tous les points de la région lombaire. Il existe une affection kystique des deux reins.

Dans les premiers temps de son entrée à l'hôpital, cette femme fut atteinte d'une sclérodermie qui débuta par les doigts des mains, qui sont encore pris, et atteignit les orteils, le 15 janvier 1883.

Elle a eu quatre enfants. Jamais de douleurs de ventre. Jamais de chutes; ne s'est pas trop serrée dans son corset. Elle urine très abondamment.

Voilà une observation (et l'on pourrait encore en trouver beaucoup d'autres) qui prouve bien que les reins

déplacés ne sont pas toujours douloureux. « Il faudrait, dit Trousseau (1), examiner les reins de tous les sujets soumis à notre investigation. Pour nous, nous ne diagnostiquons guère les reins mobiles, — quand nous les diagnostiquons, — que lorsqu'un individu qui en souffre, vient se plaindre à nous. Et, comme il se plaint d'accidents causés par la mobilité de son rein, nous en concluons qu'un rein mobile est chose pénible et douloureuse. » Walther, de Dresde, a poussé ses investigations dans ce sens, et il a constaté, en effet, que les reins sont mobiles chez beaucoup de gens qui, n'en souffrant pas, ne peuvent s'en préoccuper, et ignorent même complètement qu'ils ont un rein déplacé. Voilà, nous pensons, un premier point bien établi.

Un deuxième cas peut se rencontrer comme conséquence du premier : le malade, tout en ne souffrant pas de son rein, découvre un jour, par hasard, qu'il a dans le ventre une tumeur, et, effrayé, il vient consulter un médecin.

#### OBSERVATION II

(Communiquée par M. DUGUET.)

*Rein mobile indolent.* — En 1882, M. Duguet vit une femme, âgée de 45 ans, se présenter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, pour une *tumeur du ventre*. L'ayant examinée, il trouva le bas-ventre exempt de toute tumeur; mais dans le flanc droit existait, surtout quand la femme était debout, une tumeur très appréciable, moins manifeste dans le décubitus dorsal de la malade. La main gauche appliquée en arrière sur les fausses côtes, et la main droite

---

(1) Trousseau. — *Loc. cit.*

placée en avant sous le foie, il était possible de reconnaître une tumeur un peu allongée, à surface lisse, indolente, mobile d'une main à l'autre, et facile à réduire sous les fausses côtes, mais aussi facile à faire saillir sous l'influence des efforts, de la station assise ou debout.

*Point de dépression lombaire à droite, point de sonorité à ce niveau.* Quelques troubles digestifs, quelques irradiations douloureuses dans le côté droit du ventre, surtout en marchant, tels étaient les inconvénients dont se plaignait la malade. Depuis longtemps elle ne portait plus de corset. Il lui fut conseillé de faire usage d'une ceinture hypogastrique avec pelotte au niveau du flanc droit. Elle sortit en tous cas rassurée, et on ne la revit plus.

Dans ce cas la malade, bien qu'elle eût quelques troubles digestifs, quelques douleurs fugaces dans la région de l'abdomen, ne souffrait pas de son rein, et elle n'aurait probablement passongé à consulter si elle n'avait pas découvert une tumeur qu'elle était disposée à croire de mauvaise nature. Cette observation est donc bien à sa place ici, malgré les troubles fonctionnels éprouvés par la malade, symptômes que nous allons bientôt étudier.

Malheureusement, les malades ne tombent pas toujours sur des praticiens qui font d'emblée le diagnostic, et l'on comprend que leurs craintes soient loin de diminuer lorsque le médecin, comme dans le cas suivant, rapporté par M. Gueneau de Mussy (1), croit lui-même à une production morbide.

---

(1) N. Gueneau de Mussy. — *Union méd.*, 1867.

OBSERVATION III. (Résumée).

Une dame Cr..., âgée de 45 ans, découvre un jour, en portant la main sur son ventre, la présence d'une tumeur lisse, située à droite de l'ombilic, et fuyant sous la pression. Cette dame était déjà naturellement portée à l'hypochondrie, et son affection lui donnait d'autant plus d'inquiétudes qu'on lui avait dit que sa tumeur pourrait augmenter de volume à la ménopause, et prendre un caractère de *malignité*. M. Gueneau de Mussy, ayant fait le diagnostic, la rassura complètement.

Ici, la malade a au moins eu la bonne fortune d'échapper à une médication plus ou moins active ; il n'en est pas de même de ce médecin, soigné par Rayer, qui épuisa contre son rein déplacé toutes les ressources de la thérapeutique.

OBSERVATION IV.

(Rapportée par FRITZ.)

*Rein mobile, méconnu, chez un médecin; hypochondrie guérie par le diagnostic de l'affection.* — Chez un médecin de Paris, le rein déplacé et mobile faisait dans le ventre une saillie très appréciable. Contre cette tumeur, qui lui causait les plus grandes inquiétudes, il avait dirigé *tous les traitements imaginables*, et avait fini par se rendre réellement malade, à force de craintes et de remèdes. Rayer vit le malade avec Velpeau; ils eurent beaucoup de peine à lui persuader que c'était là une simple anomalie et non un état morbide. Mais, enfin convaincu, il cessa toute espèce de médication et revint rapidement à la santé, sans que la tumeur ait disparu, comme on le devine aisément.

Enfin, le troisième cas est celui où le rein déplacé donne lieu, soit au moment même où il se déplace, soit consécutivement, à des douleurs plus ou moins vives. Si l'on se reporte à la statistique de Walther, on voit que ce dernier cas n'est pas à beaucoup près le plus fréquent, mais, comme c'est précisément dans cette circonstance que l'on consulte le médecin, il s'ensuit que c'est surtout alors qu'il est important de faire un diagnostic exact.

En effet, dans les deux premiers cas, que trouvons-nous ? rien que des signes physiques : nous les étudierons dans cette partie du diagnostic qui comprend l'examen de la tumeur en elle-même. Dans le troisième cas, au contraire, ce qui frappe tout d'abord, ce sont la douleur, et les autres troubles fonctionnels. Quand les accidents éclatent, le malade, la plupart du temps, n'a pas encore senti de tumeur. C'est quelquefois beaucoup plus tard, après plusieurs accès, qu'il la découvre ; ou bien que le médecin, appelé à donner son avis, la trouve en palpant l'abdomen. Et, quand toutefois il la trouve, le diagnostic n'est pas encore fait, comme le démontrent les observations que nous allons relater plus loin.

## CHAPITRE III

### Eléments du diagnostic

Nous pourrions considérer trois éléments dans le diagnostic : 1° la connaissance parfaite des troubles fonctionnels auxquels peut donner lieu le rein accidentellement déplacé, avec les commémoratifs, s'il y en a ; 2° la recherche du rein, si on le soupçonne mobile, la façon de procéder à cette recherche, et les signes physiques que donne la tumeur lorsqu'on l'a trouvée ou que sa présence se révèle d'elle-même ; 3° enfin les principaux symptômes des affections avec lesquelles on confond si souvent l'ectopie rénale, en d'autres termes, le diagnostic différentiel. Ce dernier point nous paraissant être le plus important, fera l'objet d'un chapitre spécial.

## CHAPITRE IV

### Du diagnostic proprement dit.

Si nous nous reportons aux nombreuses observations fournies par les auteurs, et que nous les comparions aux différents cas de reins flottants que nous avons pu observer, nous voyons que, bien que les symptômes varient d'un malade à un autre, il y a cependant quelques points fondamentaux qui restent toujours les mêmes, et l'on peut, tout en les exposant, tracer un tableau clinique qui servira de type pour l'étude de cette affection. Or, que voyons-nous se passer dans la majorité des cas ? Ici, laissons parler M. Fournié (1) : « C'est une femme d'une quarantaine d'années, ayant eu plusieurs enfants, ayant maigri, chez qui surviennent brusquement, après une chute sur les fesses, après une promenade, ou sans cause appréciable, de violentes coliques, d'atroces douleurs dans le côté droit de l'abdomen, le plus souvent. Quelquefois, les coliques sont sourdes ; la malade ressent un léger malaise qu'elle rapporte toujours à l'estomac : elle sent quelque chose tomber, se décrocher dans les mouvements. Toutes ces sensations désagréables disparaissent dans le décubitus dorsal. Il est des malades qui sentent

---

(1) Ed. Fournié. — *Loc. cit.*

fort bien avec la main leur tumeur abdominale. Pendant le période menstruelle, les douleurs augmentent, la tumeur semble grossir, et les malades sont obligées de garder le lit. Il leur arrive quelquefois d'avoir des syncopes, des vomissements. Leur caractère devient sombre, irritable... » Jusqu'à là, très bien; l'auteur résume parfaitement les principaux symptômes du rein déplacé. Mais malheureusement il ajoute : « On ne trouve aucun autre trouble fonctionnel... » : nous avons des observations qui prouvent qu'il y en a d'autres; «... pas de troubles de la sécrétion urinaire,... » c'est très-exact, et c'est même un fait remarquable et important pour le diagnostic; «... pas de fièvre, (1)... » : c'est vrai, en général; on ne la rencontre guère que dans les cas où il y a complication; sauf toutefois le cas de Rigal (Obs. V), et celui d'Oppolzer, où la malade, dans un violent paroxysme douloureux, eut une sorte d'accès fébrile caractérisé par des frissons et une chaleur intense. Nous terminons la citation : «... rien du côté du tube digestif. » C'est généraliser ce qui est presque l'exception. L'auteur, qui a bien mentionné les vomissements, semble oublier que certains malades ont de la diarrhée, et que celle-ci, avec la dyspepsie, forme les principaux troubles de l'estomac et de l'intestin dans de nombreux cas d'ectopie du rein. La malade de Rayer, par exemple, qui forme le sujet de l'observation IV de son Traité, au chapitre des reins mobiles, a eu des troubles gastro-intestinaux très prononcés, des coliques avec dévoiement, et d'ailleurs, parmi celles que nous rapportons, on en verra bien d'autres exemples. Le D<sup>r</sup> Pitois, dans sa thèse inaugurale,

---

(1) Voir le cas de H. Martineau (obs. XXXIII).

n'hésite pas à dire : « Les fonctions digestives sont profondément altérées, » et cela est vrai dans la plupart des cas. Que l'on explique les vomissements presque incoercibles par une dilatation stomacale que produirait la compression du duodénum par le rein déplacé, comme l'ont prétendu certains auteurs ; ou bien, comme M. Lancereaux, par une action réflexe qui résulterait du tiraillement du plexus rénal, peu importe : toujours est-il que le fait des désordres du tube digestif reste indéniable.

De cet exposé clinique, il ressort deux faits principaux ; c'est que les premiers troubles qui appellent l'attention, sont les troubles nerveux ; les troubles digestifs apparaissent ensuite. Parmi les désordres de l'innervation, nous avons d'abord la douleur, non pas une douleur vague, généralisée, mais au contraire une douleur localisée en un point déterminé, et avec ses caractères spéciaux. Ou bien, c'est dans le flanc droit, dans les lombes, ou bien dans la région ombilicale, quelquefois, mais plus rarement, du côté de l'épigastre. De là elle peut s'irradier dans la moitié inférieure du corps, dans les cuisses, même dans les organes génitaux (Observ. XII). Tantôt, c'est un simple malaise, une sensation de tiraillement assez pénible, tantôt c'est comme une pesanteur, qui disparaît quand le malade est couché ; ou bien c'est une douleur sourde qui peut s'exaspérer à un moment donné. Quelquefois il s'y joint une sensation de pulsation, de battement, qui a pu faire croire à cette dame dont parle Edwin Day, qu'elle était enceinte (Observ. XLVIII). De temps à autre, cette sensation pénible est traversée par de véritables paroxysmes ; on trouve les malades dans une anxiété et un état d'affolement qui font songer aux coliques hépatiques ou néphrétiques. On comprend qu'un

tel état puisse engendrer l'hystérie chez la femme, l'hypochondrie chez l'homme. Tous les auteurs, en effet, s'accordent à dire, et c'est exact, que les malades deviennent sombres, maussades, irritables ; lorsque le médecin (ce qui n'arrive que trop souvent), se trouve aux abois, il fait d'autant plus de thérapeutique qu'il est plus hésitant ; et l'on conçoit alors que le patient qui ne guérit pas, et pour cause, devienne de plus en plus malade, et que, chez lui, l'hypochondrie ait beau jeu.

Quant à l'hystérie, « elle existe, dit M. Lancereaux, dans une proportion telle qu'il est impossible de ne pas voir une relation entre ces deux états. Mais quelle est cette relation ? L'hystérie est-elle la cause ou l'effet de la mobilité des reins ? La solution de cette question n'est pas toujours facile. Souvent les malades ne peuvent dire quel est celui des deux états pathologiques qui a précédé l'autre. On le comprendra, si on se rappelle que la mobilité des reins s'observe surtout chez les femmes chloro-anémiques. Pourtant, dans quatre cas où nous avons spécialement interrogé les malades à ce sujet, il est resté certain pour nous que la mobilité des reins avait précédé les manifestations hystériformes. Dans cette circonstance, il semble rationnel d'attribuer, avec Chrobak, les désordres nerveux à une irritation du plexus ovarique anastomosé, comme on sait, avec le plexus rénal, dont le tiraillement résulte presque forcément du déplacement du rein. La fréquence des battements artériels et épigastriques, signalée à tort comme une complication du déplacement du rein, n'est certainement que l'effet des troubles réflexes du genre de ceux que présente l'hystérie. »

Quelquefois on voit apparaître les frissons, les vomissements avec pâleur de la face, ce qui peut expliquer le

diagnostic « péritonite » qui a parfois été porté (Observ. XVI et XVIII). On peut encore observer des troubles nerveux qui sont un retentissement des précédents : nous voulons parler des points douloureux le long de la colonne vertébrale, et de la parésie des membres, comme dans le cas signalé dans la Revue des Sciences médicales de M. le professeur Hayem.

C'est souvent, chose à noter, après une marche, une secousse, une fatigue quelconque, ou pendant les règles, que le rein déplacé augmente de volume et cesse d'être mobile. Ces faits s'accordent avec la théorie de Becquet : car, si la menstruation n'est peut-être pas absolument une cause d'ectopie du rein, il n'en est pas moins vrai qu'elle doit jouer son rôle dans les crises douloureuses dont s'accompagne souvent cette ectopie.

Comme troubles digestifs, nous avons signalé la dyspepsie et la diarrhée. La dyspepsie est très fréquente : c'est une dyspepsie flatulente avec renvois acides et vomissements alimentaires ou bilieux, quelquefois extrêmement abondants ; certains malades vomissent même du sang (Obs. XLII). Parfois on observe des diarrhées bilieuses ou dysentériques, que M. Lancereaux explique par une paralysie des nerfs de l'intestin. Souvent le déplacement du rein s'accompagne de chloro-anémie, d'ou palpitations ; c'est donc indirectement qu'il retentit sur le système circulatoire.

Si le malade auquel on est appelé à donner ses soins, présente des symptômes qui se rapprochent plus ou moins de ceux que nous venons de décrire, et qu'on soupçonne le rein mobile, il faut considérer le sexe et l'âge du patient, savoir s'il y a eu des affections graves antérieures ; interroger la malade, si c'est une femme, au

point de vue de la menstruation, lui demander si elle n'a pas fait de chute, si elle n'a pas éprouvé de violente secousse, et si elle n'aurait pas senti, à un moment donné, comme quelque chose qui se serait *décroché* dans son ventre.

Une fois bien renseigné sur les antécédents, on procède à la recherche du rein supposé déplacé : car le diagnostic repose avant tout sur la constatation d'une tumeur mobile ou non dans le ventre ; tant qu'on ne l'a pas trouvée, le diagnostic reste hésitant. Tous les auteurs modernes ont décrit minutieusement la manière de trouver le rein déplacé ; comme nous ne pourrions guère changer que les termes, nous préférons citer M. Lancereaux, un des plus autorisés parmi ceux qui ont écrit sur l'ectopie rénale : « On constate, dit cet auteur, dans la région du flanc, le plus souvent à droite, rarement à gauche, quelquefois des deux côtés, une tumeur de situation variable, mais dont l'extrémité inférieure dépasse toujours le rebord costal. Pour bien apprécier les caractères de cette tumeur, il importe de faire coucher le malade sur le dos, d'élever un peu le côté douloureux et de mettre les parois abdominales dans le relâchement le plus complet. Placé du côté affecté, l'homme de l'art applique les doigts de la main gauche derrière la région lombaire, immédiatement au-dessous de la dernière côte, et exerce une légère pression d'arrière en avant sur cette région, tandis que, avec les doigts ou le bord interne de la main droite, il presse sur les régions de l'hypochondre et du flanc, immédiatement au-dessous du rebord des côtes. Entre les deux mains qui viennent à la rencontre l'une de l'autre, il sentira presque toujours le rein déplacé ou du moins son extrémité inférieure. Dans

ce dernier cas, il suffit d'engager le malade à faire une inspiration profonde, suivie d'une expiration lente, pour pouvoir saisir une plus grande portion du rein. De cette façon, on peut retenir le rein entre les mains qui l'ont saisi ; quelquefois aussi on peut l'abaisser davantage, mais le plus souvent il s'échappe, pendant l'expiration, sous le foie ou dans l'hypochondre droit. Cet organe déplacé donne la sensation d'une tumeur lisse, du volume et de la forme du rein, ferme, allongée, mobile et fuyant sous les doigts. Le grand axe de cette tumeur est toujours dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, de telle manière que le hile regarde un peu en haut et en dedans ; ses extrémités sont convexes, ainsi que son bord externe, tandis que son bord interne présente une dépression correspondant au hile. Cette tumeur est douloureuse, la pression et le déplacement y produisent des sensations de tiraillements, et peuvent amener des lipothymies, surtout aux époques menstruelles ; en outre, elle semble fixée à la colonne vertébrale, sinon par la sensation du pédicule qui l'y maintient, du moins par la courbe dont elle ne peut s'écarter. Lorsque les malades sont couchés, le matin surtout, le rein déplacé est situé moins bas qu'à la suite d'une station prolongée, d'une marche de longue durée ; de sorte qu'il n'est pas rare de ne pas retrouver cet organe dont on avait une première fois constaté le déplacement. D'ailleurs, refoulé en haut, le rein reprend ordinairement sa situation pendant que le malade fait un mouvement d'inspiration... »

Tous les auteurs s'accordent à dire que, dans le point de la région lombaire normalement occupé par le rein, on perçoit un son tympanique à la percussion : certains d'entre eux décrivent même les caractères de ce son.

Nous avons cherché à reproduire ce phénomène chez les malades que nous avons pu examiner, mais nous n'avons pas eu la bonne fortune d'y réussir. Ainsi, dans notre observation I, qui est celle d'une malade dont les deux reins sont déplacés, la matité est complète dans toute la région lombaire. Bien plus, et comme par un fait exprès, nous avons trouvé du tympanisme dans la région lombaire gauche d'une femme dont le rein de ce côté est à sa place, tandis qu'il y a une matité absolue du côté droit, où le rein, sorti de sa gaine, flotte dans la fosse iliaque (Observ. XLIII) ! Quant à la fameuse dépression signalée par Rayer et décrite par tous les auteurs qui ont traité après lui le même sujet, elle ne nous a pas frappé non plus, bien que nous l'ayons recherchée scrupuleusement. Tous cependant prétendent l'avoir constatée ; nous n'avons pas eu cet avantage. Toutefois, ne voulant pas nous hâter de conclure sur quelques faits personnels, nous avons communiqué nos réflexions à notre maître, le Dr Duguet, qui nous répondit aussitôt : « Mais certainement, c'est là une vue de l'esprit qui est fondée sur peu de données cliniques. Pour ma part, je n'ai jamais observé ces phénomènes, bien que je les aie toujours consciencieusement cherchés ; j'ai cependant examiné un certain nombre de reins déplacés. » Quant à nous, s'il nous est permis de hasarder une opinion, nous avouerons que nous ne sommes pas éloigné de croire que, si l'on voulait rechercher la valeur de ces deux phénomènes sans parti pris, et surtout sans tenir compte de l'autorité de ceux qui leur attribuent une grande valeur pour le diagnostic, le tympanisme et la dépression lombaire, en tant que symptômes de l'ectopie rénale, risqueraient d'avoir le sort de bien d'autres signes considérés long-

temps comme pathognomoniques d'une maladie quelconque, et qui sombrent un beau jour parce qu'on a pris la peine de rechercher, sans le théoricien, si la théorie concorde avec les faits.

Nous ne prétendons pas dire que cette dépression de la région lombaire n'ait pas pu être matériellement constatée; mais, pour que ce signe eût la valeur pathognomonique qu'on s'est plu à lui donner, il aurait fallu qu'on fît la contre-épreuve, c'est-à-dire qu'on cherchât si par hasard cette dépression n'existe pas tout aussi bien chez certaines personnes dont les reins n'ont jamais quitté leur loge naturelle. Cette réflexion s'applique tout aussi bien au tympanisme; car, si l'on se reporte à notre observation XLIII, on verra que ce phénomène n'a pas attendu, pour se produire, que le rein gauche ait suivi l'exemple du rein droit; quant à la région lombaire droite, elle a persisté, malgré la fuite du rein, à rester mate en dépit de toutes les percussions. Ce fait isolé dont on pourrait trouver le pendant ou d'autres analogues, comme notre observation I, par exemple, ne donne-t-il pas à penser que l'ectopie du rein n'est pour rien dans la matité ou le tympanisme que peut donner, à la percussion, la région des lombes? Pressé par le temps, nous laissons à d'autres le soin d'en fournir l'explication, et de faire la contre-épreuve dont nous avons parlé plus haut.

D'ailleurs Grisolle (1), en 1864, à propos du diagnostic des phlegmons iliaques, avait déjà signalé l'inconstance de la dépression lombaire dans l'ectopie rénale, et

---

(1) Grisolle. — *Traité de pathol. int.*, T. I, p. 644.

ne semblait pas accorder à ce symptôme l'importance que quelques auteurs lui donnent aujourd'hui. Voici cette note de Grisolle : « Le déplacement du rein s'accompagnerait, *dit-on*, de dépression dans la région lombaire ; *ce signe n'est pas constant* ; je n'ai pu le vérifier sur plusieurs individus qui offraient l'anomalie dont je parle : cependant, l'an dernier, je l'ai constaté de la manière la plus nette sur un homme. » Ainsi, en 1864, c'est-à-dire presque à la fin de sa carrière, l'illustre professeur n'avait constaté ce fait qu'*une seule fois* ; on sait cependant si Grisolle était observateur !

Pour nous résumer, nous dirons que le seul signe qui ait une réelle valeur, c'est la présence d'une tumeur ayant la forme et les caractères physiques du rein, que l'on peut saisir entre les deux mains d'après le procédé qui a été décrit plus haut. Tant qu'on ne tient pas le *corpus delicti*, on en est réduit aux conjectures. Il ne faudrait pas, en effet, pécher par excès de clairvoyance, et voir partout des reins déplacés ; cette erreur d'un autre genre a été commise quelquefois, mais rarement. Nous en rapportons trois exemples.

## CHAPITRE V

### Diagnostic différentiel.

Dans l'étude du diagnostic différentiel de l'ectopie rénale, deux points principaux sont à considérer : dans le premier, la tumeur n'est pas reconnue ; dans le second, on constate l'existence d'une tumeur dans l'abdomen.

Lorsqu'on ne peut découvrir aucune tumeur, le médecin est exposé à confondre le déplacement du rein avec un trouble purement fonctionnel ou avec une lésion organique. On nous objectera qu'il est rare, lorsqu'on sait diriger méthodiquement ses investigations dans ce sens, de ne pas trouver le corps du délit ; il y a des observations prouvant qu'il existe positivement des cas où il est impossible de découvrir le rein mobile, même lorsqu'on le soupçonne déplacé et qu'il l'est réellement ; on sait en outre qu'on ne retrouve pas toujours, le lendemain, le rein migrateur qu'on avait palpé la veille. Et d'ailleurs, combien de fois, en présence de symptômes purement fonctionnels, l'idée d'une ectopie rénale vient-elle à l'esprit ? Le but de notre travail est de démontrer que c'est précisément parce qu'on y pense rarement que les erreurs sont aussi fréquentes.

**A. Cas où l'on ne trouve pas de tumeur.**

Nous avons dit que l'ectopie rénale s'accompagnait rarement de fièvre ; elle existe pourtant dans certains cas, et il faut être prévenu du fait pour ne pas confondre cette affection avec un simple embarras gastrique, comme dans le cas suivant, par exemple, rapporté par Rigal.

OBSERVATION V

(Rigal, thèse de Paris, 1881).

Marie T..., âgée de 46 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, le 18 juillet 1881, dans le service de M. Germain SÉE, suppléé par M. RAYMOND.

Huit jours avant son entrée, cette malade avait eu de la céphalalgie, un malaise général avec courbature et des douleurs sourdes dans la région lombaire. La face est animée, la peau sèche et chaude. Anorexie complète et polydipsie ; quelques nausées, pas de vomissements : cependant elle rejette parfois des glaires le matin. Pas d'alcôolisme. T. 38°,6.

Douleurs à l'épigastre tantôt vives, tantôt très supportables, et disparaissant parfois plusieurs jours pour reparaitre avant et après les repas : elles ne paraissent pas liées à une affection de l'estomac. Jamais d'hématémèse.

La malade dit que, depuis trois ans environ, elle est sujette à ces états d'embarras gastrique et à des douleurs gastralgiques. Rien dans les urines.

Diagnostic : *embarras gastrique*. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

25 juillet. Amélioration ; mais toujours douleurs épigastriques avec nausées.

2 août. La malade dit avoir senti dans l'hypochondre droit une tumeur du volume du poing. M. Raymond examine l'abdomen, et

y trouve en effet une tumeur qui a tous les caractères du rein mobile.....

Pas d'antécédents héréditaires; bien réglée; 4 enfants. Elle n'a pas vu ses règles depuis 3 mois. Elle a aperçu la tumeur il y a 3 ans, à la suite de ses dernières couches; elle ne la sentait que par intervalles, et surtout après les fatigues. Depuis ce temps, troubles dyspeptiques, douleurs sourdes revenant par crises au niveau de l'hypogastre. Le caractère est devenu très irritable; elle se fatigue au moindre effort.

Ici le rein mobile n'a été que méconnu, il n'y a pas eu d'erreur de diagnostic à proprement parler, puisque la malade avait réellement de temps en temps de l'embaras gastrique, causé, il est vrai, par le déplacement de son rein; mais le cas est intéressant en ce qu'il nous montre que la fièvre peut s'ajouter à l'ensemble symptomatique de l'ectopie rénale.

Dans les cas apyrétiques, ce qui est la règle, le symptôme *douleur* domine la scène: d'où la possibilité de confondre avec les coliques hépatique, néphrétique ou saturnine, et tout le cortège des névralgies.

La *colique hépatique* et l'ectopie rénale présentent des signes communs: même début brusque, douleur immédiatement intense en un même point, jetant les malades dans une horrible anxiété; quelquefois nausées et vomissements. Dans les cas de ce genre, si l'on ne pense pas au rein mobile, l'erreur, au début, est difficile à éviter (Obs. VI). Toutefois, si nous comparons attentivement les symptômes de ces deux affections, nous trouvons que, dans la colique hépatique, les douleurs s'irradient dans l'épaule tandis que, dans l'ectopie du rein, elles ne se propagent pour ainsi dire jamais dans la partie supérieure du corps; nous ne connaissons qu'un cas,

rapporté par H. Martineau, où la douleur remontait dans l'épaule (Obs. XII). La colique hépatique est souvent suivie d'ictère, ce qui est exceptionnel dans l'ectopie rénale (Obs. VII). En outre, les matières sont généralement décolorées dans la colique hépatique, et, quand les accès se sont calmés, il est quelquefois possible de retrouver un calcul biliaire dans les selles, ce qui pose immédiatement le diagnostic. On se rappellera aussi que, dans l'ectopie rénale, les douleurs viennent souvent à la suite d'une fatigue, d'une émotion, à l'approche des règles toutes circonstances qui influent plus rarement sur l'apparition de la colique hépatique, laquelle surprend plutôt le malade après les repas, et principalement à la suite d'un repas copieux.

#### OBSERVATION VI

(Lancereaux, *in* Thèse de Pitois).

Mme J..., 33 ans, accouchée il y a 4 ans, fut atteinte, à la suite de cet accouchement, d'une pelvi-péritonite, et peut-être d'une ovarite. A partir de ce moment, elle commença à souffrir dans le flanc droit. Les douleurs qu'elle éprouve ne l'incommodent que peu; mais, de temps en temps, elle a des crises douloureuses qui la forcent à se plaindre et à garder le lit. La plupart du temps, ces crises sont suivies de vomissements glaireux sans ictère.

Le médecin de cette dame diagnostiqua des *coliques hépatiques*, et les soulagea au moyen de piqûres de morphine. Toutefois, les douleurs ne cessaient pas complètement, et se reproduisaient à chaque époque menstruelle avec une plus grande intensité.

M. Lancereaux, consulté, diagnostique un rein mobile du côté droit, en même temps que les traces d'une ancienne pelvi-péritonite.

OBSERVATION VII

(Grout, thèse de Paris, 1874).

*Rein mobile; ictère.* — Une femme de 25 ans entre à l'hôpital le 13 juin 1874. Elle éprouve de vives douleurs dans le flanc droit, mais sans nausées ni vomissements. A l'inspection de l'abdomen, on trouve, à droite, une tumeur indépendante du foie, lisse, mobile, rappelant la forme du rein.

Diagnostic : *rein flottant.*

23 juin. Urine ictérique.

24 juin. Coloration ictérique des téguments....

La *colique néphrétique* est encore plus souvent confondue avec le déplacement du rein que la colique hépatique. En effet, le point de départ est le même : les malades ressentent quelque temps avant l'accès une douleur obtuse, ou tout au moins une sensation incommode dans la région lombaire. Ou bien la crise survient brusquement ; la douleur est le plus souvent unilatérale ; elle est exaspérée par les mouvements, par la pression, et amène bientôt des nausées, des vomissements. Mais on sait que la douleur, dans la colique néphrétique, s'irradie vers la vessie, les cuisses, les testicules, qui sont fortement rétractés. Les organes génitaux sont exceptionnellement douloureux dans le rein mobile : toutefois, dans un cas rapporté par Rayer, la douleur s'irradiait de la région lombaire le long du nerf sciatique et de ses branches, et dans les grandes lèvres ; de même dans un cas de Martineau (Obs. XIII). Dans la colique néphrétique, après l'accès, le malade jouit d'une calme absolu ; dans l'ectopie rénale, la douleur diminue un peu, mais ne dis-

paraît pas complètement dans l'intervalle des crises. Enfin le signe le plus important est tiré de l'examen des urines; dans la lithiase rénale, après l'accès, la sécrétion urinaire est diminuée, quelquefois presque supprimée : la miction est très pénible et le malade rend quelquefois goutte à goutte une urine tantôt claire, tantôt trouble, muqueuse ou même sanguinolente, et il est quelquefois possible d'y découvrir, en filtrant l'urine, soit de petits graviers, soit un calcul d'un certain volume. Dans l'ectopie rénale, au contraire (à moins de complications), intégrité absolue de l'urine et des fonctions urinaires.

Par ce qui précède, on peut voir que, bien que ces deux affections présentent des symptômes analogues, il existe des caractères bien tranchés qui permettent de les différencier. L'erreur est cependant assez fréquemment commise : témoin le cas suivant où plusieurs médecins, appelés successivement pour voir la même malade, ont tous porté le même diagnostic erroné.

#### OBSERVATION VIII

(H. Martineau, thèse de Paris, 1868).

*Mobilité du rein droit prise pour des coliques néphrétiques.* — Mme D..., le 8 août 1864, fut prise de douleurs vives dans le ventre, du côté droit. Elle en ressentit un véritable effroi, car, ces douleurs, elle les connaissait pour en avoir cruellement souffert 3 ans auparavant. La douleur fut tellement instantanée qu'elle dut se coucher dans le lit d'un de ses enfants, dans la chambre duquel elle se trouvait. Une émotion vive, le matin, avait suspendu ses règles qui duraient depuis la veille.

La crise dura 2 heures, et fut calmée par le retour des règles. ...

Soupçonnant le rein congestionné et faisant saillie sous la paroi abdominale, je palpai le ventre, mais il avait fait retraite; je le trouvai profondément; il était douloureux et facile à déplacer. Au bout de 3 semaines, je ne pus le trouver.

La malade m'apprit que les premières crises douloureuses avaient apparu dans le cours d'une grossesse, et que *plusieurs* médecins avaient porté le diagnostic : *coliques néphrétiques*. Tous les traitements employés avaient échoué, et ce fut à Plombières qu'elle trouva un soulagement à ses souffrances. Elle avait bien senti une tumeur pendant les crises, et son mari confirma son dire : lui croyait que c'était les nerfs qui se nouaient. Nous donnons ces renseignements pour ce qu'ils valent.....

Lorsque la lithiase rénale coïncide avec l'ectopie, on comprend que cette dernière affection, puisse, pendant longtemps, passer inaperçue.

#### OBSERVATION IX

(Fourrier : Bullet. gén. de therap., 1875, p. 481).

*Coliques néphrétiques; rein mobile.* — Mme X... a 67 ans; depuis 5 ans environ, elle a éprouvé plusieurs atteintes de coliques néphrétiques localisées sur le rein gauche et fort pénibles. Il y a 2 ans, après une de ces coliques, je trouve, en examinant la région de l'abdomen, le rein descendu du côté de la fosse iliaque; cet organe a son volume normal; il est un peu sensible à la pression. Aujourd'hui, 14 septembre 1874, le rein est encore plus mobile, mais ce déplacement n'entraîne après lui aucun accident.

Nous ne citons la *colique de plomb* que pour être complet, car nous ne croyons pas que l'erreur, si elle a été commise au début, puisse être de longue durée. En effet, outre le faciès spécial du malade, il sera possible de

trouver le liséré saturnin. Disons en passant qu'il ne faut pas attendre, pour se prononcer, que ce liséré bleuâtre se manifeste sur toutes les dents; la plupart du temps, il n'existe qu'au collet des canines, et nous ne sommes pas éloigné de croire que, toutes les fois qu'on ne le trouve pas, c'est que l'on oublie cette particularité, ou que l'on se contente d'examiner superficiellement les incisives.

La *gastralgie* n'a guère de commun avec le rein mobile, outre la crise, que la douleur épigastrique : or celle-ci n'est pas extrêmement fréquente dans l'ectopie du rein; dans cette dernière, l'ingestion des aliments ne calme pas l'accès, ce qui arrive en général pour la gastralgie. En outre, celle-ci ne s'accompagne pas ordinairement de vomissements bilieux; certains malades sentent comme une araignée qui marcherait sur la muqueuse de l'estomac, éprouvent une exagération de la sensation de faim avec satiété très rapide, etc.

L'*entéralgie* se distingue également par ses caractères propres, dont quelques-uns seulement se trouvent dans le déplacement du rein.

Les *névralgies* occasionnées par le rein mobile diffèrent des névralgies essentielles par leur tenacité. De sorte que, lorsqu'on verra une névralgie sciatique, crurale ou lombo-abdominale, persister sans raison apparente, malgré le traitement et sans grande altération de la santé générale, on pourra penser au rein déplacé. Nous rapportons quelques exemples de ce genre d'erreurs.

OBSERVATION X

(Becquet : *Arch. gén. de méd.* 1865.)

*Rein mobile pris pour une névralgie lombo-abdominale.* — Il y a cinq ans, en 1879, je fus consulté par une dame de 27 à 28 ans, mère de deux enfants. Cette dame présentait tous les caractères d'un état chloro-anémique : entre autres souffrances, elle se plaignait d'une douleur dont elle plaçait le siège dans la région lombaire et le ventre du côté droit ; cette douleur, qui n'était pas constante, se montrait plus particulièrement au moment de ses règles ; quelquefois encore, lorsque, contrairement à ses habitudes sédentaires, elle faisait une promenade un peu longue, à pied ou en voiture. Cette douleur, d'abord supportable, devenait plus vive depuis quelque temps, et les crises étaient souvent assez pénibles pour obliger la malade à s'allier : le calme revenait promptement lorsqu'elle était étendue.

Je n'attachai pas d'abord grande importance à cette particularité, et je ne vis là qu'une *névralgie* de quelque branche du plexus *lombo-abdominal*, qui prenait sa place dans l'ensemble des souffrances d'une femme chloro-anémique. Je prescrivis des frictions calmantes et un régime tonique. La malade, dont la situation était loin de s'améliorer, revenait sans cesse sur cette douleur qui, dans son opinion, était la cause de son mauvais état de santé. Elle me dit un jour, qu'au moment où s'était produite la crise douloureuse, elle avait senti très distinctement, avec la main, une tumeur dont elle indiquait la place dans le ventre, vers le milieu du trajet du côlon ascendant.

J'eus une fois l'occasion de l'examiner le matin au lit, alors qu'elle avait éprouvé la veille au soir une crise très pénible, qui l'avait obligée à se coucher. Je cherchai, mais vainement, la tumeur qu'elle disait avoir sentie la veille ; je restai convaincu que les crises douloureuses étaient *névralgiques*, quant à cette prétendue tumeur, je me l'expliquai par l'existence d'une tympanite locale. Un soir, je fus appelé en toute hâte auprès de cette dame : elle était pâle, le pouls était petit, elle avait eu un vomissement. Le siège de la douleur était à droite, comme d'habitude. Je découvris la malade pour examiner le côté ; je distinguai alors une tumeur allongée qui soulevait la paroi abdominale ; par le palper, on la sentait si nettement qu'elle semblait, en quelque sorte, être logée sous la peau. Il était donc

facile de la délimiter : sa surface était lisse, sa consistance ferme ; elle était extrêmement sensible au toucher, que la malade repoussait avec terreur. Allongée dans le sens vertical, elle s'étendait depuis le bord des fausses côtes jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane. Le bord externe était moins facile à circonscrire, et se perdait dans le flanc. La tumeur d'ailleurs était mobile, et il me fut possible de lui imprimer de légers mouvements dans le sens latéral.

J'étais occupé à examiner avec soin cette tumeur, *dont la nature était un problème pour moi*, lorsque la malade me prévint que ses règles venaient de paraître, et déjà elle commençait à éprouver du soulagement. En effet, peu de temps après, les douleurs cessèrent presque complètement ; la tumeur devint moins sensible au toucher, mais sans perdre néanmoins de son volume. Après une demi-heure passée près d'elle, je quittai cette dame qui avait retrouvé du calme et une grande tranquillité d'esprit, car elle ne doutait pas que la crise fût terminée. Après bien des hésitations, je m'arrêtai à la pensée que cette tumeur n'était autre chose que le rein déplacé et congestionné.

Je conseillai alors un traitement hydrothérapique, qui ne fut pas du goût de la famille ni de la malade...

On me rappela deux ans après, le mal ayant empiré ; mais l'homœopathie avait nécessairement passé par là, avec un bandeau sur les yeux. Un ancien médecin de la famille avait été consulté ; il avait pensé avoir affaire à une *tumeur* sur la nature de laquelle il ne s'était pas prononcé, et avait employé des *fondants* de toutes sortes. Enfin, Nélaton, appelé en consultation, posa le diagnostic de rein flottant.

#### OBSERVATION XI (Rayer)

*Rein mobile, méconnu, simulant une névralgie crurale.* — Une ouvrière en bonnets, âgée de 22 ans, d'un teint pâle, d'une constitution faible, entra à la Charité le 17 avril 1836 ; elle s'y ennuya et sortit le lendemain. Elle était d'une santé assez délicate ; la menstruation était irrégulière. Elle se souvenait d'avoir été malade, il y a sept ans, mais sans pouvoir préciser la nature de la maladie. Jamais rien d'anormal du côté des urines.

Depuis trois ans, elle est toujours malade : elle éprouve de vives

douleurs dans le ventre, et sent en marchant un poids dans l'abdomen, du côté droit. Au début de cette affection, elle était dans le service de M. Bouillaud; elle se rappelle qu'elle souffrait beaucoup dans le ventre et qu'elle avait de la diarrhée sans vomissements. Elle guérit de l'acuité de son mal par des bains, cataplasmes, sangsues, mais une douleur sourde persista.

Cette douleur s'exaspérait à certaines époques. Depuis trois semaines surtout, elle a pris une nouvelle intensité; elle est vive, surtout à droite; elle s'étend dans la cuisse gauche, en avant, suivant le trajet du nerf crural jusqu'au genou, de manière à simuler une *névralgie crurale*.

La malade vomit depuis quelques jours; légère douleur à la pression dans le flanc droit. A la palpation, on sent une tumeur lisse, arrondie, etc., qui n'est autre que le rein.....

D'après les renseignements que donne cette malade, il est fort probable que Bouillaud n'avait pas fait le diagnostic, car elle ne sentait alors aucune tumeur; et, si on avait agité à cette époque la question du rein mobile, la malade n'eût pas manqué d'en parler à Rayer, lorsque celui-ci dirigea ses investigations du côté de l'abdomen.

#### OBSERVATION XII

(H. Martineau, Th. de Paris, 1868)

*Rein mobile, méconnu, simulant une névralgie lombo-abdominale.*  
— Blanche J..., âgée de 21 ans, couturière, bien portante, constata, à l'âge de 19 ans, que son ventre avait de la tendance à augmenter rapidement de volume. Elle consulta un médecin qui prescrivit des vésicatoires suppurés, saupoudrés de chlorhydrate de morphine. Au bout de deux mois, le ventre revenait à son état normal. Mais au bout d'un an, à son arrivée à Paris, les mêmes symptômes se reproduisirent avec des douleurs suffisantes pour l'obliger d'interrompre son travail. Besoins fréquents d'uriner, et subits... Jamais elle n'a porté de corset... Après avoir suivi en ville les ordonnances de plu-

*sieurs médecins*, qui étaient loin, dit-elle, d'être d'accord sur sa maladie, elle se décide à entrer à l'hôpital, et y arrive en voiture.

Au moment de son entrée, elle présente tous les symptômes de la chloro-anémie ; elle souffre de la région lombaire droite. M. HÉRARD, après avoir palpé l'abdomen, allait le déclarer sain, lorsqu'il sentit une tumeur mobile, fuyant sous les doigts, donnant la sensation d'un corps poli et convexe. Sonorité dans la région lombaire droite. Diagnostic : rein flottant.

La malade éprouve, la nuit, des élancements douloureux dans divers points qu'elle précise, en arrière les apophyses transverses des trois premières vertèbres lombaires et la région anale ; le milieu de la crête iliaque, la partie inférieure du muscle grand droit de l'abdomen, la grande lèvre, la partie antérieure de la cuisse jusqu'au genou et la vessie. Elle parle aussi d'une douleur qui remonte depuis la région hypogastrique jusqu'à l'épaule... A tous ces signes, il est impossible de ne pas reconnaître une névralgie iléo-lombaire, nettement caractérisée.

#### OBSERVATION XIII (Becquet)

*Rein mobile, pris pour une névralgie crurale.* — Une dame, âgée de 57 ans, mère d'un de nos confrères, réclama une première fois mes soins au mois de juillet 1863, pour une douleur que je crus être simplement un *névralgie crurale*. L'affection semblait des mieux caractérisées, et céda d'ailleurs assez promptement à l'usage de l'essence de térébenthine. Elle fut reprise de cette névralgie au mois d'août 1864 ; la douleur, très vive dans la région lombaire droite, s'étendait dans le côté droit du ventre, jusque dans l'aîne et la partie antérieure de la cuisse. Cette douleur, très pénible, résista aux moyens que j'avais employés une première fois. Une cautérisation ponctuée, avec l'acide nitrique monohydraté, pratiquée sur les lombes et sur le trajet de la douleur en avant, procura un peu de soulagement.

M. le docteur C... me dit alors que sa mère avait eu, en 1845, un abcès du ligament large droit qui avait été ouvert par Amussat ; que peut-être elle avait conservé une *inflammation chronique de l'ovaire* qui ne serait pas étrangère au retour de ces névralgies. Je palpai le bas-ventre avec l'intention de constater l'état de l'ovaire ; mais je sentis tout d'abord distinctement une tumeur allongée placée très superficiellement sous la paroi abdominale, et dont on reconnaissait

le bord antérieur, dirigé parallèlement à la ligne médiane ; il en était séparé par trois travers de doigt environ. L'extrémité supérieure arrondie était éloignée du rebord des fausses côtes de 5 à 6 centimètres ; le bord inférieur était appréciable dans la fosse iliaque..

... Je reconnus le rein abaissé et projeté en avant, et le fis reconnaître au docteur C...

#### OBSERVATION XIV

(Pitois, Th. de Paris)

*Rein mobile, pris pour une névralgie lombaire, ou une lésion utérine.* — Mad. C..., 48 ans, femme très vigoureuse, ayant un certain embonpoint, se plaint de souffrir depuis douze ans environ de douleur dans le flanc droit.

A cet effet, elle avait consulté *plusieurs médecins* de Paris. Presque tous avaient diagnostiqué une *névralgie lombaire* ou une *lésion de l'utérus*. Cette dame avait conçu de la persistance de sa douleur qui, de temps en temps, se faisait sentir sous forme de crises aiguës, une inquiétude très grande, lorsque M. Lancereaux fut appelé à donner son opinion. La malade se croyait alors atteinte d'un *cancer*.

Au palper, il fut facile de constater l'existence, au niveau et au dessous de l'extrémité de la dernière fausse côte du côté droit, d'une tumeur lisse, mobile, elliptique, réniforme. Cette tumeur, douloureuse à la pression, était certainement un rein mobile.

M. Lancereaux rassura la malade et lui conseilla l'usage d'une ceinture hypogastrique. Et, peu de temps après, cette dame cessa d'être réglée, et ne s'occupe plus actuellement de son affection qu'elle croyait devoir la conduire au tombeau.

Le rein flottant a pu aussi être pris pour un *lumbago*, d'où frictions de toutes sortes nullement efficaces, comme on en pourra juger par le cas suivant rapporté dans la Thèse de Defontaine.

OBSERVATION XV (Dr Ritchie).

*Rein mobile pris pour un lumbago.* — M. J..., âgé de 25 ans, réclame mes soins le 24 juillet 1874. Il m'informe que, depuis une quinzaine environ, avait de me consulter, courant précipitamment dans un escalier, son pied avait glissé sur le bord d'une marche et qu'il était tombé en arrière, toute la violence du choc portant sur la région lombaire droite.

Depuis cet accident, il a souffert constamment, et, sur l'avis d'un homme de l'art, il avait considéré l'affection comme un *lumbago*; il avait employé en frictions consciencieuses toutes sortes de liniments dont l'effet fut d'aggraver et non d'alléger sa peine.

Il avait l'apparence d'une santé robuste, à part l'inconvénient pour lequel il me consultait....

En examinant l'abdomen, je trouvai dans l'hypochondre droit une tumeur duré et polie, manifestement mobile et à contours régulièrement arrondis..., qui n'était autre que le rein déplacé.

Grâce à l'application d'un bandage de flanelle, la douleur disparut.

L'hystérie, l'hypochondrie, la chloro-anémie font si souvent partie du cortège symptomatique de l'ectopie rénale, dont elles sont une conséquence presque inévitable, quand les malades souffrent, que c'est plutôt pécher par défaut que faire une erreur de diagnostic à proprement parler, quand on s'arrête à l'une de ces affections. M. Lancereaux, dans le Dictionnaire encyclopédique, rapporte un cas de rein mobile où lui-même avait cru tout d'abord à de simples manifestations *hystériques*.

OBSERVATION XVI (Résumée).

*Rein mobile diagnostiqué hystérie.* — Une jeune repasseuse, âgée de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en juin 1873. Depuis 1871, elle ressent

une ou deux fois par mois dans l'abdomen des douleurs vagues qui cessent au bout de 24 heures. Dans l'hiver de 1872-73, ces douleurs, à la suite de fatigues professionnelles, s'accroissaient davantage. Enfin, le 13 juin 1873, elle fut prise tout à coup, pendant son époque menstruelle, d'une forte douleur dans le flanc droit et dans la région correspondante de l'ovaire. Cette douleur, qui survint sans cause appréciable, fut bientôt accompagnée de vomissements bilieux qui se répétèrent jusqu'à 7 à 8 fois par jour. Composés de matières jaunâtres abondantes (environ un litre), ces vomissements se produisaient toujours en dehors des repas et au moment des accès douloureux; ils cessèrent au bout de 4 jours seulement après que la malade fut entrée dans nos salles, sans doute par l'effet du repos au lit. Les urines ne présentèrent aucun phénomène anormal; elles étaient simplement plus fréquentes.

Lorsqu'elle vint nous demander son admission, cette jeune malade, quoique très forte, nous frappa par l'altération de ses traits, qui était telle qu'elle nous fit soupçonner une *péritonite*. Le lendemain, ce fut pour nous une surprise que de lui trouver une physionomie naturelle et l'apparence de la plus belle santé. Aussi, après avoir palpé l'abdomen, reconnu l'existence d'un point extrêmement douloureux à la pression de la région de l'ovaire droit, quelques autres sur le trajet de la cinquième paire dorsale, je croyais avoir affaire à un *simple cas d'hystérie*, d'autant plus que la malade se plaignait d'éprouver parfois une sensation d'étouffement et comme une boule qui montait de l'épigastre vers le cou, et qu'elle accusait une céphalée frontale et sus-orbitaire assez habituelle.....

Le 1<sup>er</sup> juillet, c'est-à-dire après 12 jours de séjour à l'hôpital, la malade se plaignant de nouveau d'une vive douleur à droite au niveau du rebord costal, je sentis, en palpant le flanc droit, qu'il existait dans cette région une tumeur lisse, allongée, mobile, réniforme, douloureuse à la pression.. Cette tumeur était parfois difficile à trouver, et changeait de place selon le côté sur lequel se couchait la malade.....

Extrêmement douloureuse au moment des règles, elle donnait quelquefois lieu à de véritables crises..... J'ordonnai une ceinture dans le but de maintenir le rein mobile, mais la malade ne parut pas en obtenir un bien grand effet.

Dans le cas suivant, le rein mobile fut soigné comme une névralgie, dont la nature ne fut pas spécifiée.

OBSERVATION XVII

(Lancereaux, *in* thèse Le Ray).

*Rein mobile méconnu.* — Mme X..., âgée de 46 ans, a eu 2 enfants. Il y a 7 ou 8 ans, elle fit une chute sur le tronc, et prétend que peu de temps après, elle éprouva dans la région du flanc droit des douleurs qui la quittaient par instants et reparaissaient ensuite; ces douleurs ont été soignées par *plusieurs médecins*, à l'aide des moyens généralement employés pour combattre les *névralgies*, mais ce fut sans le moindre succès.

Le 27 mai 1876, cette dame vint me demander un avis. Elle était alors très inquiète, et croyait avoir dans le ventre ce qu'elle appelle un *dépôt*. Le lendemain, je passai chez elle et l'examinai dans son lit. Tout d'abord, j'avais supposé d'après la relation qu'elle avait faite de ses douleurs, que vraisemblablement elle avait un déplacement du rein; en effet, il me fut facile de constater, au-dessous du rebord costal, à droite de la colonne vertébrale, une tumeur arrondie, réniforme, glissant sous la pression. Cette tumeur était ferme et douloureuse lorsqu'on venait à la comprimer. D'un autre côté, lorsqu'on applique une main sur la région lombaire et l'autre sur la paroi abdominale, on ne sentait plus le rein à sa place. D'ailleurs, aucune lésion des os, et pas de points douloureux sur le trajet des nerfs intercostaux.

L'utérus et l'ovaire n'ont pas paru altérés.

Quelquefois les malades, comme dans l'Observation XVI et dans le cas suivant, éprouvent des symptômes qui peuvent en imposer pour une *péritonite*.

OBSERVATION XVIII (Thèse Pitois)

M<sup>me</sup> B..., 45 ans, grande, nerveuse, très impressionnable, éprouve à la suite de troubles menstruels des douleurs vives dans le flanc droit, qui font penser à une *péritonite*. Crises douloureuses suivies

de vomissements. La malade vient à Paris consulter M. Lancereaux, qui diagnostique un rein mobile du côté droit, avec tous ses caractères classiques.

Trousseau a observé, à sa consultation de l'Hôtel-Dieu, un malade dont le ventre était couvert de nombreuses cicatrices de sangsues et de ventouses, « qu'on avait appliquées dans la croyance à une péritonite imaginaire. »

Enfin, pour terminer la série des erreurs qu'a fait commettre le rein déplacé (lorsque l'attention n'est appelée sur aucune tumeur), nous rapporterons un cas très intéressant, publié en Allemagne. Il nous montre dans quel champ de suppositions peut s'égarer le malheureux praticien, en présence de symptômes graves dont il ne peut trouver l'explication dans une lésion palpable. Ainsi, à Hambourg, on a été jusqu'à accuser d'onanisme un pauvre détenteur de rein mobile qui n'en pouvait mais.

#### OBSERVATION XIX

(Ferber : *Archiv. für Path. Anat.* Vol. I, p. 95 ; Berlin, 1871.)

*Rein mobile avec pyélite ; symptômes graves considérés comme consécutifs à la masturbation.* — Bernard T..., 46 ans, cordonnier, né de parents bien portants et dans l'aisance, n'a jamais fait de maladie ; il est bien développé pour son âge. Il tomba malade le 4 décembre 1868. Il éprouva des douleurs aiguës de l'abdomen et une sensation de cuisson dans le canal en urinant. Après un mieux de huit jours, les symptômes s'aggravent : forcé de s'aliter, il n'arrive à dormir que couché sur le côté droit. La marche est très pénible, elle ne s'effectue que le corps plié en deux.

Toutes les deux heures, jour et nuit, besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire que sur un bassin : ses efforts ne donnent issue qu'à quelques gouttes d'urine très foncée, de mauvaise odeur et brûlante au

passage. Douleur très forte à l'extrémité du gland. Parler, tousser, soupirer, déterminent de vives douleurs à droite, profondément sous le foie.

A la fin de novembre il fut confié à mes soins, mais mon examen resta sans résultat : le malade était pâle, très amaigri et de mauvaise apparence ; l'urine était abondante et chargée de sédiment. L'hyperesthésie générale et les sensations anormales dans le canal, me firent penser aux suites d'une *masturbation* extravagante et prolongée ; on ne put rien tirer du malade à ce sujet.

A la suite d'un peu d'exercice dans la chambre, il devint possible, après quelques jours de reconnaître dans l'abdomen la présence d'un rein mobile. Le malade, interrogé, finit par se rappeler avoir fait une chute, et avoir eu des douleurs très vives, avec vomissements, quinze jours après.

Jusqu'ici, nous n'avons eu en vue que les cas de rein mobile où la tumeur était ignorée ou introuvable : on a déjà pu voir combien de fois l'erreur a été commise. Maintenant que nous allons nous occuper des cas où la tumeur peut être reconnue par la palpation, ou s'offre d'elle-même, pour ainsi dire, d'une façon évidente, nous trouverons une variété plus grande encore, si c'est possible, dans les erreurs de diagnostic. Il ne faut pas oublier que la tumeur peut être fixe ou mobile : c'est pourquoi nous avons adopté de préférence dans notre titre l'expression d'*ectopie rénale*, qui ne préjuge en rien de la mobilité de l'organe déplacé. En outre, dans les deux cas, la tumeur peut être douloureuse ou indolente ; présenter les caractères du rein, à la palpation, ou être complètement déformée, soit par une lésion de l'organe, soit par une dégénérescence cancéreuse ou autre, ou bien encore par la fusion congénitale des deux reins. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces particularités.

Nous avons constaté plus hant que le diagnostic est

hérissé de difficultés quand on se trouve en présence de troubles purement fonctionnels : nous allons voir maintenant que tout n'est pas sauvé parce que le rein mobile est accessible à la palpation. Nous pouvons même énoncer hardiment qu'il n'est pas une tumeur du ventre, de quelque nature que ce soit, à laquelle on n'ait pensé tout d'abord plutôt que de soupçonner seulement l'existence d'un rein mobile. Toutes les erreurs de diagnostic possibles ont été faites, et l'on pourra voir, par les quelques exemples que nous rapportons, que les conséquences n'en ont pas toujours été insignifiantes. Et encore, comme le fait très justement remarquer Fritz, nous ne pouvons signaler que les erreurs qui ont été rectifiées. Combien de malades, morts et enterrés avec le diagnostic vague de *tumeur du ventre*, et qui n'avaient peut-être qu'un rein déplacé !

**B. Cas de reins mobiles méconnus, où le diagnostic a été vaguement formulé.**

Avant d'aborder le diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen, nous examinerons plusieurs cas où non-seulement le rein mobile a été méconnu, mais encore où aucun diagnostic sérieux n'a été porté. La plupart du temps les médecins, appelés à donner leur avis sur une tumeur du ventre, se sont déclarés incompetents, ou ont répondu évasivement, soit affection du foie, soit tumeur de nature douteuse, néoplasme probable, etc. L'observation suivante est un exemple remarquable de ces hésitations.

OBSERVATION XX.

(Publiée par Iago, in *Méd. times and gazette*, tome XVII.)

*Mobilité du rein droit; ténésme vésical. — Malade traitée pour un néoplasme.* — Mariane J..., âgée de 34 ans, mère de quatre enfants dont le plus jeune a 4 ans, bien musclée, habituée à une vie très active, porte une tumeur mobile dans le côté droit de l'abdomen. On refoule facilement cette tumeur sous les côtes : il arrive alors un moment où elle échappe à la main, comme si elle subissait une rétraction subite. On peut également la déplacer de haut en bas; ce mouvement est assez limité. Il est impossible d'amener la tumeur jusqu'au niveau de la crête iliaque; on peut lui imprimer des mouvements de latéralité, de manière à la rapprocher de la paroi abdominale ou de la colonne vertébrale. En lui faisant exécuter ce dernier mouvement on rencontre bientôt une certaine résistance. La tumeur, en un mot, se comporte absolument comme si elle était attachée par un large ligament sur le côté droit des vertèbres, au point de jonction des régions dorsale et lombaire.

Cette tumeur a une surface lisse; elle est aplatie en arrière, arrondie en avant; elle s'amincit vers son bord extérieur et inférieur qui forme une courbe assez brusque; son bord interne, plus mousse, est excavé et présente vers son milieu une dépression manifeste.

Lorsque la malade est couchée sur le dos, et que les muscles abdominaux sont relâchés, on peut facilement manier la tumeur, et constater qu'elle a le volume et la forme du rein. La malade se plaint d'une sensation désagréable, indéfinissable, dans la tumeur ou dans son voisinage, lorsqu'on la comprime entre les deux mains. Quand on la pousse vers le pubis, on produit un besoin pressant d'uriner, même lorsque la malade est couchée; les déplacements dans d'autres directions ne sont pas suivis de cette sensation.

La malade avait reconnu l'existence de cette tumeur six ans auparavant; bientôt après, elle s'aperçut d'une *petite tumeur*, qu'elle portait dans l'aisselle droite. A peu près à la même époque, elle éprouva des symptômes d'irritation de la vessie, qui la tourmentaient surtout quand elle se livrait à un exercice actif; elle était souvent agitée la nuit. Elle consulta un *grand nombre de médecins*; très inquiétée par sa tumeur, qu'elle croyait être de mauvaise nature, elle fit

un grand nombre de *traitements généraux*, et employa divers moyens locaux pour calmer l'irritation de la vessie. Finalement, on avait pratiqué dans la vessie des injections qui l'avaient irritée davantage, et à la suite desquelles la malade dit avoir rendu du pus et du sang avec les urines.

A l'époque où M. Iago eut à traiter cette malade à l'infirmierie royale de Cornwal, elle se croyait atteinte de la pierre vésicale. On s'assura bien positivement que la vessie ne contenait aucune pierre; à part, un ténésme vésical continu, cette femme n'éprouvait d'ailleurs aucun symptôme de maladie. On constata, par l'examen au spéculum, que la muqueuse du vagin et du col de l'utérus était vivement injectée; le museau de tanche était le siège de quelques érosions.

Sous l'influence du repos, d'injections émollientes dans le vagin, de petites doses de perchlorure de fer à l'intérieur, le ténésme vésical diminua beaucoup. La malade, qui était d'autant plus convaincue d'être atteinte d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen que la tumeur de l'aisselle lui semblait de même nature, quitta l'infirmierie assez rassurée, et convaincue de ne porter qu'un *rein flottant* dans l'abdomen.

Iago fait suivre cette observation de considérations commentées par Fritz dans sa publication, mais à un point de vue qui diffère totalement du sujet qui nous occupe. Pour le moment, nous insistons sur ce point que la malade, avant son entrée dans le service d'Iago, avait constaté l'existence d'une tumeur de l'abdomen pendant 6 ans, et qu'elle avait consulté un grand nombre de médecins: ce *grand nombre* prouve bien qu'aucun d'eux n'a fait le diagnostic exact. En outre, elle fit une foule de traitements généraux, ce qui veut dire, selon toute apparence, que chacun des médecins a fait un diagnostic différent, croyant à l'existence d'un néoplasme.

Dans une observation du D<sup>r</sup> Lancereaux, un médecin porta le diagnostic vague d'affection du foie.

OBSERVATION XXI (Thèse de Pitois).

Mme M..., 40 ans, tempérament nerveux, habite Constantinople depuis plusieurs années. Depuis, a eu 2 enfants, le dernier il y a 7 ans. Deux ans plus tard, fausse couche qui l'obligea à garder le lit un mois environ. Peu de temps après cet accident, elle commença à éprouver des douleurs dans le flanc et l'hypochondre droit. Ces douleurs se faisaient sentir chaque jour, et se manifestaient parfois sous forme de crises aiguës qui, à plusieurs reprises, furent suivies d'un flux diarrhéique. Cette dame, naturellement dyspeptique (forme flatulente), était de temps en temps sujette à des vomissements.

Son médecin, qui avait porté le diagnostic *affection du foie*, l'engage, en 1879, à venir consulter M. Lancereaux, qui constate ce qui suit :

Le foie, examiné avec soin, ne déborde pas les fausses côtes ; mais, dans la partie moyenne du flanc droit, au niveau du bord costal, il existe une tumeur mobile, lisse, réniforme, légèrement douloureuse à la pression, facile à sentir entre les 2 mains appliquées l'une en avant, l'autre en arrière de la région du flanc, et qui, lorsqu'on venait à presser, glissait en avant, au-devant de la colonne vertébrale. Le toucher vaginal fait percevoir une induration arrondie dans chacun des 2 culs-de-sac, vraisemblablement produite par les ovaires.

L'application d'un bandage hypogastrique soulage notamment la malade.

Souvent on est resté indécis sur la nature de la tumeur : « j'ai fait reconnaître cette affection, dit Rayer, à deux médecins assez inquiets sur la nature des douleurs habituelles qu'ils éprouvaient dans le flanc droit, où ils avaient reconnu une *tumeur mobile*, sur la nature de laquelle les avis *les plus divers* avaient été émis. » West raconte qu'une malade avait un rein flottant d'après Astley Cooper, une tumeur ovarique d'après Benjamin Brodie, une tumeur mésentérique d'après Warens. Par-

fois le médecin s'est borné à une expectation plus ou moins déguisée, mais il n'en a pas toujours été ainsi, comme on en pourra juger par les traitements barbares qu'on a quelquefois infligés aux malades dont nous rapportons l'observation. Pour l'un d'eux, on avait même parlé d'opération ; dans deux autres cas, le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

OBSERVATION XXII

(Ed. Fournié : *Revue méd. franç. et étrang.*, janv. 1883).

*Rein mobile méconnu.* — Au mois de juin 1883, une dame K... m'écrivait 2 lettres où les symptômes de sa maladie étaient relatés de la façon suivante ; je traduis en français :

« Au mois de septembre 1881, je devins subitement malade. En me levant, un matin, je ressentis une violente douleur au creux de l'estomac. Comme j'étais au moment de mes règles, je crus à un simple malaise passager, et je vaquai à mes affaires comme d'habitude, malgré la douleur qui m'obligeait à marcher pliée en deux. Lorsque je fus couchée, je ne ressentis plus rien ; les règles vinrent pendant la nuit. Mais le lendemain, quand je me levai, les douleurs revinrent, et je me trouvai mal. Je fus obligée de garder le lit pendant 15 jours. Deux chirurgiens qui vinrent me voir, dirent *ne rien comprendre à ma maladie*.

« Depuis cette époque, j'ai senti, un peu plus bas que la ceinture, du côté droit, une tumeur grosse comme un œuf qui me tiraille au creux de l'estomac et semble tomber quand je me couche sur le côté gauche. Au moment de mes règles, elle semble se gonfler, et devient alors le siège de douleurs atroces ; j'eus encore deux syncopes. Je devins sombre, irritable... »

Comme je ne suis nullement capable de faire un diagnostic à distance, je priai la malade de venir me voir, et voici ce qui résulta de mon examen :

Mme K... a 36 ans ; elle a eu 3 enfants bien portants ; son teint est jaunâtre, comme celui de tous ses frères et sœurs. Elle a toujours

joui d'une bonne santé. Elle ne présente aucun trouble fonctionnel, et les symptômes qu'elle accuse sont bien décrits dans ses lettres.

L'abdomen a un aspect normal. A la palpation, on sent, à 8 cent. au-dessous du foie, dans la ligne mamelonnaire, une tumeur arrondie, allongée dans le sens vertical, et d'une hauteur d'environ 9 cent. Elle est très mobile dans tous les sens, sauf en bas; si on la tire dans le sens de l'épine iliaque, on sent une forte résistance, et la malade se plaint alors de tiraillements au creux épigastrique; des mouvements se font suivant une courbe dont le centre serait au hile du foie: il y a donc une bride entre la tumeur et la face inférieure du foie.

On pouvait donc penser à une tumeur, dont les canaux se seraient allongés comme dans une des observations ci-dessus (1).

Mais continuons l'examen. La pression de la tumeur donne la douleur nauséuse, semblable à celle que l'on obtient en comprimant le rein gauche.

La loge du rein droit semble vide à la palpation, et si je ne puis affirmer qu'à la percussion la région lombaire droite donne un son moins mat que la gauche, au moins puis-je constater d'une façon très nette la concavité de la région lombaire droite, tranchant sur la convexité de la région lombaire gauche.

La tumeur peut bien être repoussée du côté de la loge du rein droit, mais elle n'y reste pas.

Me reportant aux commémoratifs, tumeur se gonflant et devenant très douloureuse pendant les règles, au point d'occasionner des syncopes, tumeur donnant à l'examen toutes les réactions du rein, je crois qu'on peut carrément dire, pour le diagnostic: *rein flottant adhérent par une bride à la face inférieure du foie.*

#### OBSERVATION XXIII (Rayer)

*Rein mobile méconnu.* — N..., âgée de 32 ans, née de parents sains, réglée à 14 ans, mariée à 17, avait eu six enfants. Cette femme, qui s'est livrée dans sa jeunesse à de nombreux exercices de corps, depuis dix ans mène une vie très sédentaire. Au mois

---

(1) L'observation à laquelle M. Fournié fait allusion, nous la rapportons plus loin, n° XXXVII.

d'avril 1830, elle fut prise de douleurs dans l'hypochondre droit, et de douleurs et de faiblesse dans les membres inférieurs, qui furent combattues par plusieurs saignées, par les opiacés et les bains. Au mois d'août elle quitta la Pitié, ressentant de la douleur dans l'hypochondre droit; elle partit pour son pays. Elle revint à Paris, et, au mois de juin 1834, elle éprouva pour la troisième fois les mêmes accidents, et entra à l'hôpital de la Charité où elle fut admise le 20 août.

Le ventre a sa forme naturelle; le foie a son volume ordinaire; mais si, immédiatement au-dessous du bord tranchant de cet organe, on enfonce un peu la main vers la partie supérieure de l'abdomen, on sent une tumeur dont l'extrémité inférieure dépasse le foie de deux pouces environ. L'extrémité supérieure de cette tumeur se dérobe aux doigts qui cherchent à l'atteindre, et qui se trouvent arrêtés par le foie. Si l'on presse de bas en haut, cette tumeur mobile remonte et échappe aux doigts qui la poussent, et redescend ensuite à la place qu'elle occupait auparavant. Si l'on presse un peu fortement sur elle directement, d'avant en arrière, la pression détermine une douleur locale, qui s'irradie ensuite dans le bas-ventre.

Cette tumeur, située un peu obliquement de dehors en dedans, dans la région lombaire droite, avait tout à fait la forme et le poli de la surface d'un rein.

Je conseillai à cette femme l'usage d'un corset approprié. Plusieurs mois après, quoique moins souffrante, elle ressentait encore quelques douleurs de temps à autre.

#### OBSERVATION XXIV (Rayer)

*Rein mobile méconnu; traitements divers; moxas.* — M<sup>me</sup> Big..., âgée de 44 ans, brodeuse, entra à la Charité le 43 novembre 1836. Cette femme petite, grêle et de constitution délabrée, est boiteuse depuis l'âge de dix-huit mois, à la suite d'une fracture; elle est, de plus, un peu contrefaite, et la poitrine est très longue, relativement au reste du tronc. Les côtes sont très rapprochés des os des îles. Elle dit être le dernier enfant de sa mère.

Elle prétend n'avoir jamais fait de maladie sérieuse. Depuis onze mois, elle vomit à pleine bouche du sang très rouge, en abondance et tous les mois. Cette hémoptysie n'est d'ailleurs pas supplémentaire,

puisque les règles n'en persistent pas moins, aussi bien qu'autrefois.

Elle se plaint de douleurs vagues dans la poitrine; elle tousse, a des sueurs nocturnes. Elle a un peu maigri dans ces derniers temps.

Il y a un an, la malade ressentit quelques douleurs dans le ventre : elle entra dans un hôpital et on y reconnut l'existence d'une tumeur au-dessous du foie, vers le milieu du bord antérieur de cet organe.

Après avoir vainement essayé des *fondants* pour obtenir la dissolution de la tumeur, on lui appliqua un *moxa*, qui n'eut pas plus de succès (c'était le rein droit).

Les parois abdominales ont une grande laxité. En palpant avec soin l'abdomen, on découvre la présence de deux tumeurs, l'une à droite, l'autre à gauche, et qui ne sont autres que les reins déplacés. Les autres viscères sont à leur place normale.

A part quelques coliques, état général assez bon.

#### OBSERVATION XXV (Fritz)

*Mobilité du rein gauche méconnue; traitements variés; moxas.* — Une femme éprouvait depuis longtemps des douleurs dans l'abdomen, variant d'intensité d'un moment à l'autre, avec ballonnement du ventre. Un jour elle reconnut, en se palpant le ventre, l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche; elle alla consulter un médecin, vivement préoccupée de ce que son état pouvait avoir de grave. Le médecin, partageant la même conviction, prescrivit l'emploi de divers moyens résolutifs très énergiques. Après avoir subi longtemps un traitement actif et parfois douloureux (vésicatoires, *moxas*, etc.), sans aucun avantage, cette malade entra au service de Nélaton (juillet 1854).

On trouva dans l'hypochondre gauche une tumeur mobile, flottante, pouvant être en quelque sorte saisie entre les mains, ramenée en avant, puis refoulée en arrière ou sur les côtés, en un mot se déplaçant avec une extrême facilité. Il n'existait aucun symptôme qui révélât une lésion des fonctions des reins.

OBSERVATION XXVI

(Aberle : *Méd. chir. Zeitung*, T. IV; 1826.)

*Rein mobile méconnu ; diagnostic après autopsie.* — A. S..., négociant, vif et actif, se plaignait depuis nombre d'années de dérangement dans les organes et les fonctions de la digestion. Il avait fait usage de beaucoup de moyens, entre autres des eaux thermales de Carlsbad, de Gastein et d'Ischl. Il se trouvait mieux depuis trois ans, mais ce qui l'inquiétait encore c'était une tumeur qu'il avait découverte au côté droit de la région épigastrique et ombilicale. On pouvait la sentir facilement quand le malade était à jeun et couché dans son lit, et qu'il la poussait en avant en se pressant les flancs. On trouvait sous la main un corps ferme, lisse et indolent, de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, mais fuyant sous le doigt qui le pressait, lorsqu'on ne le fixait pas par une pression opérée de haut en bas avec la main, et allant alors se cacher, en quelque sorte, sous le foie.

Peu à peu cette tumeur augmenta et on ne put la ramener jusqu'au devant des vertèbres lombaires. Le diagnostic restant ainsi *très obscur*, on évita une médication active. Mais le malade, impatienté et hypochondriaque, se mit à l'usage de différents moyens qui ne sont pas venus à notre connaissance. Il employa en abondance les bains salins et les eaux de Gastein. Là il fut pris d'une fièvre continue, qui revêtit le caractère hectique, et le fit mourir en quelques mois.

A l'autopsie, on constata que la tumeur était formée par le rein droit qui se trouvait très mobile dans sa situation normale.

OBSERVATION XXVII

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1854; p. 325.)

*Rein mobile méconnu ; diagnostic après autopsie.* — Un homme de 34 ans éprouvait depuis son enfance les symptômes rationnels de la pierre. Il souffre beaucoup pendant nombre d'années ; puis, ayant des douleurs de reins et des accès de fièvre, il se fait soigner à la Charité, d'où il sort sans grande amélioration. Admis à l'hôpital

Necker, où l'on reconnaît la présence d'une pierre, il supporte deux séances de lithotritie, à huit jours d'intervalle. Puis quatre jours après, diarrhée, fièvre maligne, ténésme, douleurs de la miction. Le palper fait sentir au ventre une tumeur arrondie, sensible à la pression, mobile et molle à son sommet, dure et adhérente à sa base. On reste complètement *indécis sur sa nature*. Sur ces entrefaites le malade meurt.

A l'AUTOPSIE, on rencontre au niveau de la tumeur, qu'on pouvait percevoir à travers les parois de l'abdomen, un rein placé à cheval sur l'angle sacro-lombaire, et recouvert par une anse intestinale... Le rein déplacé est le gauche.

OBSERVATION XXVIII (Trousseau, *loc. cit.*).

*Rein mobile méconnu.* — J'ai vu récemment en consultation un malade atteint d'ectopie du rein droit méconnue par le médecin ordinaire. Ce médecin est un de mes collègues dans les hôpitaux, homme fort instruit du reste : il croyait à l'existence d'une *tumeur de l'abdomen*, ce qui est assez vrai ; et faisait tous ses efforts pour la faire dissoudre à l'aide de l'iodure de potassium, sans y pouvoir réussir, ce qui était assez heureux. Mais en dépit de tous les traitements ou plutôt à cause d'eux, la tumeur était devenue fort douloureuse, elle tourmentait beaucoup le malade, préoccupé surtout de l'idée qu'il avait dans le ventre une tumeur qu'on ne pouvait faire dissoudre, et qui le mènerait à mal : aussi le pauvre homme était-il tombé dans l'hypochondrie la plus noire. Quoi qu'il en soit, je n'eus pas de peine à faire reconnaître au médecin, homme de sens, la véritable nature de la tumeur, et je réussis à édifier le malade sur le peu de gravité de son affection. Un bandage approprié fit le reste.

OBSERVATION XXIX

(Communiquée par notre ami F. Villar, interne à St-Louis).

*Rein mobile méconnu ; opération projetée.* — Pier..., Joseph-Vincent, âgé de 45 ans, journalier, est entré à l'hôpital St-Louis le 8 no-

vembre 1882; il est couché au lit n° 21, aux Barraques, service de M. Balzer.

Cet homme est petit, mal conformé, il porte une gibbosité à gauche. C'est un emphysémateux : il tousse de temps à autre. Il est malade depuis 3 ans. Au mois d'octobre dernier, il s'aperçut d'une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit, et lui occasionnant de temps en temps des tiraillements et des douleurs. Il entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire soigner. Le malade ne peut dire si on a porté un diagnostic précis : il raconte très bien, toutefois, que sa tumeur a été souvent examinée, qu'on en a discuté la nature, mais il n'a rien compris à la discussion. Tout ce qu'il a retenu, et ce qu'il peut affirmer, c'est que la question d'opération a été agitée devant lui.

Il s'empresse alors de quitter l'Hôtel-Dieu, et entre à St-Louis le 8 novembre, pour son emphysème. Vers les premiers jours de janvier 1883, il est pris de nouveau de douleurs dans l'hypochondre droit, et s'en plaint au chef de service. On trouve la tumeur, et l'on reste *indécis* pendant quelques jours sur sa nature. Enfin, après un examen attentif, M. Balzer lui trouve tous les caractères du rein mobile, et s'arrête à ce diagnostic.

8 février. A la suite d'une dispute avec ses voisins, le malade est renvoyé.

#### OBSERVATION XXX

(Communiquée par M. DUGUET).

*Rein mobile méconnu; traitements variés.* — M. Duguet a observé et nous a fait examiner dans son service à l'hôpital St-Antoine, en 1880, une couturière d'une trentaine d'années, soignée depuis quelque temps pour des phénomènes nerveux hystériformes : dyspepsie, vomissements, douleurs à la base de la poitrine et dans le côté droit du ventre; impossibilité de courir, de marcher vite, de monter; irradiations douloureuses vers la vessie et le canal de l'urètre. Un médecin de la ville avait trouvé dans le flanc droit, à la palpation, une tumeur faiblement douloureuse qu'il avait essayé en vain de faire fondre à l'aide de pommades, de vésicatoires et de préparations iodurées à l'intérieur.

Il fut facile de reconnaître que cette tumeur arrondie, un peu allongée, était réductible. La main gauche étant appliquée en arrière,

et la main droite en avant, on la saisissait et on pouvait lui imprimer un mouvement alternatif d'avant en arrière et réciproquement. On la refoulait facilement sous les côtes, en arrière du foie, et pour la faire disparaître, il suffisait de faire asseoir la malade sur son lit. La forme en était allongée, la surface lisse, et elle était douloureuse à la pression. *Point de dépression* à droite de la colonne vertébrale, et *point de sonorité* au niveau de ce rein déplacé et mobile. La taille de la malade était fine ; elle portait habituellement et depuis longtemps un corset assez serré. Une ceinture hypogastrique munie d'une pelotte, suffit depuis cette époque pour rendre à la malade la vie exempte de crises et très supportable.

Trousseau fut appelé un jour en consultation pour voir un malade que l'on croyait atteint d'une *tumeur de mauvaise nature* ; on avait appliqué force vésicatoires et pommades fondantes. « L'insuccès trop évident, dit-il dans ses cliniques, avait pour conséquence la confusion du médecin et l'hypochondrie du malade. » Or cette fameuse tumeur était un rein mobile. « J'ai vu, dit Cruveilhier, la tumeur formée par le rein droit déplacé, traitée comme une *obstruction du foie* ou comme une *production morbide*. »

Nous pourrions faire bien d'autres citations de ce genre, mais, comme elles se ressemblent toutes, elles ne prouveraient guère plus et risqueraient de devenir fastidieuses. Nous allons aborder maintenant le 2<sup>e</sup> point de notre diagnostic différentiel, c'est-à-dire passer en revue les tumeurs de l'abdomen.

#### C. Cas où il existe une tumeur accessible à la palpation.

Nous avons dit plus haut que le rein ectopié pouvait

être fixé en un point ou flotter librement dans la cavité abdominale. Lorsque le rein est fixé dans une situation anormale, ou bien c'est par suite d'une anomalie congénitale, ou bien il a été retenu par des adhérences à la suite d'une péritonite. Nous ne nous occuperons pas du premier cas, non seulement parce que nous avons annoncé dès le début que nous n'entendions traiter que l'ectopie accidentelle, mais encore parce que, dans la variété congénitale, les malades n'éprouvent aucune douleur résultant du déplacement de leur rein. Toutefois, il faut avoir le fait présent à l'esprit pour ne pas s'en laisser imposer par une tumeur de cette nature, que l'on peut découvrir par hasard en palpant l'abdomen. Dans le deuxième cas, le rein, fixé sur un organe quelconque par une péritonite adhésive, reste capable d'en imposer pour une tumeur (obs. XXXV), surtout si le rein est lui-même le siège d'une tumeur maligne, ou s'il y a coïncidence des deux affections (obs. XXXIV).

Le *cancer* est une des productions morbides avec lesquelles on a le plus souvent confondu le rein déplacé ; et les organes les plus incriminés sont, sans contredit, le *foie* et l'*estomac*. Parmi les affections du foie qui pourraient simuler l'ectopie rénale, nous trouvons l'*hypertrophie simple* de l'organe, le *cancer*, les *kystes hydatiques*, les tumeurs de la *vésicule biliaire* et la *cholécystite*. Quelquefois les médecins, embarrassés, et dont l'attention est attirée sur le flanc droit à cause des douleurs violentes des malades, portent le diagnostic un peu vague d'obstruction, d'engorgement du foie. « J'ai donné des soins, dit Cruveilhier (1), à plusieurs personnes qu'on

---

(1) Cruveilhier. — Anat. path. gén., t. I, p. 732.

avait envoyées plusieurs fois à Vichy pour un prétendu engorgement du foie, qui n'était autre chose qu'un rein déplacé. » M. Duguet a observé tout dernièrement un cas de ce genre.

OBSERVATION XXXI

(Communiquée par M. Duguet)

*Rein mobile soigné pour une obstruction du foie.* — En 1882, M. Duguet fut appelé auprès d'une femme revenant de Vichy, où elle allait religieusement chaque année pour une soi-disant *obstruction du foie*. D'un tempérament nerveux, veuve depuis quelques années, cette femme âgée de 46 ans environ, était en proie à des crises d'hystérie fort singulières. Ces crises commençaient toujours par des douleurs émanant du flanc droit, la moindre pression en ce point suffisait pour les faire disparaître, et alors elle tombait dans un état d'évanouissement complet, insensible à tout, passant de l'immobilité aux mouvements nerveux constituant une attaque franche d'hystérie. L'appétit était perdu pour longtemps si elle restait dans cet état ; mais en tout temps elle se plaignait de troubles dyspeptiques incessants.

Une seule chose arrêta tous ces accidents, et permettait d'explorer la région du foie sans plonger la malade dans une crise nouvelle, c'était l'injection préalable, au creux épigastrique, d'un centigramme de morphine en solution. On pouvait alors reconnaître : 1° que le foie n'était nullement en cause ni la vésicule ; d'ailleurs elle n'avait jamais été jaune, et ses crises répondaient mal aux accidents de la colique hépatique ; 2° qu'il existait réellement une tumeur sous les fausses côtes, à droite ; que cette tumeur se réduisait assez facilement en la refoulant en haut et en arrière ; que saisie entre une main placée en arrière et une autre placée en avant, elle pouvait osciller de l'une à l'autre ; qu'elle était allongée, lisse, régulière et peu douloureuse ; que, en un mot, cette obstruction du foie n'était qu'un rein mobile amenant par son déplacement des irradiations douloureuses s'étendant non seulement à l'estomac, mais à tout l'abdomen, et servant, pour ainsi dire, d'aura à des crises d'hystérie les mieux caractérisées.

La région lombaire ne présentait *aucune dépression*, et la percussion n'y découvrait *aucune sonorité*. La malade ne portait plus de corset depuis quelques années; elle aurait remarqué que son application rendait les crises plus fréquentes. M. Duguet, pour rendre les incursions du rein moins faciles, conseilla de remplacer le corset par une ceinture hypogastrique munie d'une pelotte bien faite. Depuis plusieurs mois, la malade va, vient, voyage jusqu'en Algérie, débarassée presque complètement de ses crises, et surtout de la nécessité de recourir aux injections de morphine qui menaçaient tout prochainement de la rendre morphiomane,

*L'hypertrophie du foie* se distingue de l'ectopie rénale par des caractères assez tranchés. D'abord, l'augmentation de volume de l'organe a lieu dans tous ses diamètres, de sorte que la matité est accrue sur la ligne axillaire, mamelonnaire et médiane. Il est en outre facile de trouver, à la palpation, le bord tranchant du foie; la matité est uniforme: il ne se trouve aucune zone sonore séparant deux parties mates, ce qui arrive lorsqu'il existe une tumeur indépendante du foie. L'ictère s'observe assez souvent: on sait combien c'est rare dans le cas de rein déplacé. L'erreur a pourtant été commise, et Trousseau lui-même confirma le diagnostic erroné.

OBSERVATION XXXII.

(Lancereaux, in. Th. de Pitois et *Union méd.* 1889, p. 225).

Une grande et belle personne que j'ai connue, se maria vers 24 ans; elle eut un enfant 15 mois plus tard, mais l'accouchement fut suivi d'accidents utérins qui nécessitèrent un repos au lit de plus d'une année. Après cet intervalle de temps, apparurent pour la première fois, dans le flanc droit, des douleurs plus ou moins vives, paroxystiques, irradiées du côté du ventre, et qui se faisaient sentir

surtout après la marche. Le médecin appelé diagnostiqua une *hypertrophie du foie*, et conseilla une saison à Vichy. La malade, qui habitait Reims, vint consulter Trousseau, qui *confirma* le diagnostic porté, et approuva le traitement prescrit. Aucune amélioration ne se produisit, et, de retour chez elle, cette personne resta plusieurs années enfermée dans sa chambre, retenue par des douleurs pour ainsi dire continuelles.

Après de *nombreuses médications*, toutes inefficaces, on finit par l'envoyer aux bains de mer, où le mal empira plutôt qu'il ne s'améliora. Sur ces entrefaites, le mari de cette dame étant venu habiter Paris, je fus appelé à la voir : j'étais d'autant plus désireux de connaître son état que sa famille était liée à la mienne.

Mon attention étant attirée de côté de l'hypochondre droit, siège du mal, je dus m'assurer que le foie ne débordait nullement les fausses côtes : mais, en palpant la région du flanc, je constatai l'existence, sous la main appliquée à plat, d'une tumeur lisse, arrondie, très mobile, que l'on faisait facilement fuir en avant. Indépendamment de la douleur continue, il survenait de temps à autre des crises analogues à des coliques hépatiques, généralement suivies de vomissements depuis quelques années. Ces crises s'accompagnaient parfois d'une diarrhée qui a pris récemment un caractère dysentérique. La marche, les courses en voiture exaspéraient les douleurs et ramenaient les crises ; les époques menstruelles agissaient de même. Le traitement que je conseillai, n'ayant pas été exactement suivi, n'apporta pas une amélioration notable : aussi cette dame, dont les souffrances, exagérées en raison de son état névropathique, sont un véritable supplice, n'a pas quitté sa chambre depuis plus de 16 ans. Je n'espère pour elle de soulagement, sinon de guérison, qu'au moment de la ménopause.

Lorsque le rein déplacé est accolé au foie, le diagnostic est hérissé de difficultés : et quand le rein est lui-même hypertrophié, on comprend que l'erreur puisse être commise.

OBSERVATION XXXIII

(Fourrier, de Compiègne : *Bullet. gén. de thérap.*; 15 juin 1875.)

*Rein mobile à droite, pris pour une hypertrophie du foie avec tumeur du lobe droit.* — M<sup>me</sup> de X... est âgée de 35 ans, d'une bonne constitution; tempérament nerveux, anémique; a eu un enfant. Depuis plusieurs années sans être malade, elle est souvent souffrante. Ses souffrances, mal définies, consistent dans des malaises fréquents et pénibles, et dans un état moral également pénible. En un mot, elle est névropathe.

Au mois de janvier 1869 elle fait un voyage en Bretagne; à la suite d'un saisissement, ses règles, qu'elle avait alors, s'arrêtent et elle est obligée de garder le lit avec fièvre, douleur de bras et dans le ventre, surtout à droite. Même état pendant un mois; de plus, vomissements alimentaires toutes les fois que la malade ne prend pas ses repas au lit. Au bout de ce temps, les douleurs de bras cessent, mais un autre symptôme est observé. Il semble à la malade, quand elle est assise, que tout le côté droit de sa personne repose sur du sable mouvant, qui file sans cesse et ne la supporte pas; je me sers de ses propres expressions.

Un médecin consulté lui fait prendre un purgatif: elle peut revenir chez elle sans être plus souffrante, et, pendant deux mois, elle se trouva même mieux. Ce temps passé, elle est reprise de douleurs intérieures à droite, de névralgies du cuir chevelu et de gastralgie avec météorisme. Son médecin ordinaire, praticien distingué, constate chez elle une *hypertrophie du foie avec tumeur du lobe droit*: le côté droit paraissait très lourd à la malade qui vomissait à peu près tout ce qu'elle prenait.

C'est dans cette situation fort pénible qu'elle arrive à Compiègne, chez ses parents, au mois de mai 1859. Je constate les symptômes suivants:

Teint pâle, pouls à 80, bruit de souffle au premier temps, prolongé dans les vaisseaux du cou: la malade a maigri d'une façon notable. La langue est nette; il y a des vomissements fréquents de matières alimentaires et de la constipation; névralgie du cuir chevelu; douleurs de ventre à droite, augmentant au moment des règles. En examinant le ventre je trouve à droite, au-dessous du foie, une tumeur assez volumineuse qui, à première vue, semble formée par le

foie. Mais, si on cherche à abaisser la tumeur, on reconnaît manifestement qu'elle est facile à entraîner en bas, et qu'elle est séparée du foie; de plus, cette tumeur est ovale, à surface lisse; ses extrémités sont convexes, et son grand axe dirigé en bas et en dedans; tous signes donnés par Fritz, comme caractéristiques du rein mobile. Le volume de la tumeur est d'ailleurs d'un tiers environ plus considérable que le volume d'un rein, à l'état normal : elle est sensible à la pression. Les urines présentent une particularité remarquable : elles sont recouvertes d'une couche d'apparence huileuse.

En présence de ces symptômes, je m'arrête au diagnostic suivant : *rein droit hypertrophié, mobile, névropathies diverses.*

Lorsque la mobilité du rein coïncide avec l'hypertrophie du foie, l'ectopie rénale a encore bien plus de chances d'être méconnue.

#### OBSERVATION XXXIV (H. Martineau)

*Rein mobile méconnu, hypertrophie du foie.* — Més..., Marie, 37 ans, est entrée à Lariboisière le 9 juin 1868, salle Sainte-Mathilde, n° 21, service de M. Hérard. A été mariée deux fois; trois enfants. Réglée à 13 ans. Depuis l'âge de 18 ans, douleurs au moment des règles. Soignée à l'Hôtel-Dieu, en 1867, pour une hypertrophie du foie. Il y a deux ans elle a trouvé une tumeur dans l'hypocondre droit. Au bout de quelques mois, comme elle vit qu'elle maigrissait, elle consulta un médecin en ville, qui lui donna de l'iode de potassium. Elle reste à peu près dans le même état jusqu'au 6 juin; ce jour-là elle est prise de douleurs vives qui l'obligent de suspendre ses travaux : *fièvre, sueurs*, arrivée des règles. Elle entre à l'hôpital le 9 juin.

Teint pâle, chloro-anémique. Embonpoint raisonnable. Douleurs dans l'hypocondre droit et la région lombaire, surtout pendant la station verticale.

Tumeur volumineuse au-dessous du foie, oblique de dehors en dedans, dure, plate, sans bosselures, se laissant refouler dans l'abdomen. En palpant la partie médiane, on trouve une autre tumeur, qui est une hypertrophie du foie. — Diagnostic : *ectopie du rein.*

Dans le *cancer* du foie, cet organe est augmenté de volume, mais d'une manière irrégulière : on sent des inégalités, des saillies arrondies qui ne rappellent en rien la forme du rein ; on comprend en outre qu'il ne puisse y avoir aucune mobilité. Il y a quelquefois de l'ictère. En outre, le cancer du foie est souvent consécutif à une lésion semblable de l'estomac : il faut donc pousser ses investigations de ce côté.

Il faut aussi se rappeler que le cancer du foie, primitif ou secondaire, est peut-être celui, de tous les cancers, qui marche le plus vite. L'erreur a été fréquemment commise, notamment par Trousseau.

OBSERVATION XXXV. (Fourrier de Compiègne)

*Rein mobile, pris pour un cancer du foie.* — M<sup>me</sup> de X... souffre depuis de longues années de douleurs gastralgiques et entéralgiques très pénibles, contre lesquelles tous les moyens employés jusqu'à ce jour ont complètement échoué. Elle a 64 ans ; sa constitution est délicate, son tempérament est nerveux et bilieux ; elle est fort maigre ; le teint est pâle, légèrement jaunâtre, presque cachectique. A part ces douleurs, elle n'a jamais été malade ; aucun membre de sa famille n'a été atteint d'affection cancéreuse.

Les douleurs, dont je viens de parler, se manifestent ordinairement 2 heures après le repas, au moment de la seconde digestion ; elles sont accompagnées de météorisme, et cela, quelle que soit la nature des aliments ingérés ; il y a habituellement de la constipation.

Pendant les années qui ont précédé l'époque actuelle (avril 1858), la malade a éprouvé, à intervalles assez éloignés, des coliques très-douloureuses, dont le siège était fixé au niveau du rein droit. Ces coliques étaient passagères, et sans suites fâcheuses ; jamais elle n'avait appelé sur elles l'attention de son médecin, lorsqu'elle fut prise tout à coup de douleurs plus vives, avec frisson suivi de fièvre intense. Le confrère appelé constate l'existence d'une néphrite aiguë avec hypertrophie du rein droit, et, lorsque je vis la malade

quelques jours après le début des accidents, il me fut facile de confirmer le diagnostic. Seulement, en pratiquant avec soin l'examen de l'organe malade, je constatai en outre une augmentation de volume et un léger changement de situation. Le rein droit, plus que doublé de volume, a fait un mouvement de bascule en avant et en dedans, de sorte qu'on sent parfaitement l'extrémité supérieure abaissée et portée en avant, au milieu d'une ligne qui serait menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Bientôt la néphrite est guérie et la malade ne conserve aucune gêne : elle va passer une saison à Vichy et revient dans un état de santé satisfaisant.

A la fin de l'année 1858, j'ai l'occasion de la revoir et j'examine le rein ; je le trouve encore plus abaissé et plus mobile. Il a conservé un volume considérable, mais il est tombé complètement dans la fosse iliaque et remplit tout l'hypochondre, s'élevant jusqu'au foie avec lequel il a contracté des adhérences, puisque, en abaissant la tumeur, on abaisse en même temps le foie. Il est d'ailleurs insensible.

Au commencement de l'année 1859, cette dame éprouve des palpitations qui se manifestent sans prodromes, la nuit, et qui sont caractérisées par une assez grande fréquence des battements du cœur, un peu d'irrégularité, et des soubresauts de la pointe. Ces palpitations ne durent que quelques instants ; elles sont accompagnées d'un tremblement nerveux et suivies d'une grande prostration. Les digestions sont aussi plus pénibles. C'est dans ces conditions que la malade, tourmentée par la présence de la tumeur dans l'hypochondre droit, alla consulter le Dr Trousseau. Elle revint avec une consultation du célèbre professeur qui avait diagnostiqué une *tumeur cancéreuse du foie*, et porté un pronostic des plus graves. La maigreur, et le teint de la malade avaient évidemment frappé notre maître, en même temps que les adhérences de la tumeur avec le foie lui avaient fait prendre le change. Toujours est-il que, sans nous laisser influencer par cette consultation d'un maître vénéré, nous rassurâmes la famille, et que bientôt, sous l'influence des préparations ferrugineuses et de la digitale, la santé revint aussi parfaite que possible.

Depuis cette époque, la santé s'est maintenue ; j'ai eu l'occasion de voir cette malade au mois de juillet 1874 : elle a 80 ans, elle est vive et alerte ; la tumeur existe toujours, mais elle n'est le siège d'aucune douleur, et n'entraîne de gêne dans aucune fonction.

Dans le cas suivant rapporté dans les cliniques de

Trousseau, bien qu'il existât un espace de 2 centimètres entre le foie et le rein, espace qui donnait un son tympanique à la percussion, ce rein mobile et non adhérent au foie, n'en a pas moins été pris pour un cancer de cet organe.

OBSERVATION XXXVI. (Péter)

*Rein mobile, pris successivement pour une tumeur du foie de mauvaise nature, pour une tumeur de la matrice.* — Une femme de 30 ans environ, se présente à la consultation de M. Peter à l'Hôtel-Dieu. Elle est grande, assez bien faite, et présente les attributs du tempérament lymphatico-nerveux. Cependant la face a une pâleur presque cireuse, les sclérotiques sont bleuâtres, et l'expression générale du visage est celle d'une souffrance depuis longtemps persistante.

La première chose dont cette femme se plaint, c'est d'avoir une *tumeur du foie*, tumeur constatée déjà par un grand nombre de médecins et que tous s'accordent à considérer comme *incurable*. Cependant elle n'a jamais eu ni les accès douloureux qui caractérisent la colique hépatique, ni l'ictère qui suit ces mêmes coliques. Elle n'a jamais éprouvé non plus ces troubles dyspeptiques inévitablement liés à l'existence d'une affection organique du foie. Jamais elle n'a eu d'épistaxis, et son état général n'indique point cette altération profonde de l'organisme qu'on ne saurait manquer d'observer à la suite d'une lésion grave de la texture du foie qui daterait déjà de 3 années.

M. Peter, se réservant d'examiner à loisir la tumeur en question, poursuit le cours de son interrogatoire en vue de savoir si quelque autre cause n'expliquerait pas la cachexie anémique accusée par la pâleur cireuse du visage. Or, il ne tarda pas à apprendre que cette malade était accouchée depuis 3 ans; qu'à la suite de ses couches elle avait eu une métrite, et que cette métrite devenue chronique donnait naissance, à chaque époque menstruelle, à de véritables hémorrhagies. Une fois ces faits connus, M. Peter fit mettre la malade sur un lit et palpa méthodiquement l'abdomen. Il constata d'abord que le foie débordait de trois travers de doigt les fausses côtes dans la

région mamelonnaire, qu'il avait 12 centimètres de diamètre vertical à ce niveau, ce qui est à peu près normal. Un peu plus bas, on sentait réellement une tumeur dure, à contours circulaires, ovoïde, et dont le bord supérieur était, en effet, juxtaposé au foie. C'était la seule relation que la tumeur eût avec cet organe; elle ne lui adhérait en aucun point. On pouvait la faire flotter dans l'abdomen, de manière à l'amener jusqu'au niveau de l'ombilic; elle était d'ailleurs très peu douloureuse au toucher. La conviction de M. Peter était déjà faite, cependant, pour surcroît de preuve, il déprima la région du rein droit, et la trouva vide; il n'y avait plus à douter. M. Peter démontra, au moyen de son plessigraphe, que le foie avait sa forme normale, que la tumeur avait la forme ovoïde du rein, et qu'il existait un intervalle de près de 2 centimètres entre le bord le plus accessible de la tumeur et la face inférieure du foie, espace où la sonorité tympanique était perçue. Il était dès lors évident que la tumeur n'adhérait pas au foie, et qu'elle n'était autre que le rein droit déplacé...

Ce qu'il y a de plus curieux au point de vue du diagnostic, c'est que cette femme avait été examinée, disait-elle, par *plus de 10 médecins*, et que tous, un seul excepté, avaient conclu à l'existence d'une *tumeur du foie de mauvaise nature*. Celui dont l'opinion était dissidente en avait une bien plus étrange; sans tenir compte du siège de la tumeur, de sa forme, de la distance qui la séparait des pubis et qui était de plus de 10 centimètres, il croyait à une *tumeur de la matrice*. Il est vrai qu'il était homœopathe; il traita la métrite qui existait en effet, et ne réussit pas plus à la guérir qu'à guérir la tumeur. Le tout coûta à la malheureuse 200 fr.

Quant aux *kystes* du foie, on ne pourrait guère les confondre qu'au début, lorsqu'ils n'ont pas encore atteint un développement suffisant pour distendre en masse la paroi abdominale et soulever les côtes du côté droit; ce serait plutôt lorsqu'ils sont pédiculés. Mais on sait que cette dernière disposition est très rare. En outre, la consistance du kyste est plus molle que celle du tissu du rein; le kyste présente souvent une fluctuation manifeste, plus rarement le frémissement hydatique; la marche est

très lente, mais ils augmentent toujours de volume. Enfin, rappelons que les tumeurs du foie, en général, donnent une matité complète à la percussion, tandis que, pour le rein, c'est un son tympanique sourd. — Ces réflexions s'appliquent en partie à l'abcès du foie ; on se rappellera, de plus, que celui-ci amène rarement l'abaissement du foie : il se développe aux dépens de la cavité thoracique, et peut occasionner l'ictère ou l'ascite par compression. Le diagnostic est quelquefois extrêmement difficile : témoin le cas suivant.

OBSERVATION XXXVII (Ed. Fournié)

*Tumeur de la vésicule biliaire prise successivement pour une myélite, des névralgies, un abcès du foie, un rein flottant.* — Je vis, il y a environ un an, une jeune dame tuberculeuse qui, à la suite d'un violent cahot, fut prise immédiatement de douleurs de ventre intolérables ; ces douleurs s'irradiaient dans les deux membres inférieurs. Les diagnostics étaient partagés : myélite, névralgies, abcès du foie ouvert dans le péritoine. Ayant constaté à droite de l'ombilic une tumeur dure, bosselée, très mobile, douloureuse, j'opinaï pour un *rein flottant dégénéré*, me fondant sur ce fait que la quantité d'urine avait énormément diminué depuis l'accident. L'autopsie vint donner un démenti à tous les diagnostics portés : on trouva, en effet, sur le rein droit qui était *fort peu mobile* dans sa gaine, une tumeur irrégulière, jaunâtre, grosse comme une petite orange et constituée par la vésicule biliaire pleine de calculs ; les canaux cholédoque et cystique avaient une longueur de 15 à 20 centimètres.

Dans l'observation suivante, on pensa également à un rein mobile : il s'agissait d'une tumeur biliaire.

OBSERVATION XXXVIII (Grout)

*Tumeur biliaire prise pour un rein déplacé.* — Au n° 16 de la salle Sainte-Geneviève, service de M. Siredey, est une femme de 48 ans, journalière, entrée le 28 juin 1874 ; elle est atteinte d'une affection cardiaque.

Elle se plaint de douleurs du côté droit ayant débuté il y a huit mois, augmentant à la marche. C'est depuis quinze jours que les douleurs sont plus vives. Le foie est très volumineux, descendant jusque près de l'épine iliaque. Pas d'ictère. La pression sur l'organe n'est pas douloureuse. Pas d'ascite.

25 juin. Les douleurs sont plus violentes.

26 juin. On sent sous le foie, au niveau de la partie moyenne du bord inférieur, une tumeur mobile, douloureuse à la pression ; ce pourrait être un *rein mobile*.

28 juin. Les douleurs de la région hépatique arrivent subitement et disparaissent de même. On remarque une teinte jaunâtre des conjonctives. On croit à une *tumeur biliaire* : distension de la vésicule par des calculs biliaires. En effet, la tumeur est mobile, à forme ronde. On sent un rebord entre la vésicule et le foie ; de plus, on peut placer la main dans ce rebord.

Depuis, le diagnostic s'est confirmé.

Les exemples précédents nous montrent une tumeur de la vésicule biliaire prise chaque fois pour un rein flottant, l'erreur contraire est plus fréquemment commise. — *L'hydropisie de la vésicule biliaire* revêt bien quelquefois la forme ovoïde, mais la tumeur est plus souvent pyriforme ; en outre, elle est souvent précédée d'ictère. Lorsque la vésicule n'est distendue que par des calculs, s'ils sont accessibles à la palpation, elle donne la sensation d'un amas de corps durs et mobiles qui produisent souvent, par leur collision, un bruit analogue à celui que l'on obtient en frappant sur un sac de noix. Ces tumeurs

sont, en outre, difficiles à déplacer, et ne peuvent être refoulées sous le foie : la percussion y donne un son mat continu avec celui du foie. Dans certains cas, cependant, le diagnostic est réellement difficile.

OBSERVATION XXXIX. (Ed. Fournié)

⚔ *Rein mobile qui fit penser à une tumeur de la vésicule biliaire ou du foie.* — En novembre 1880, je fus appelé pour une dame d'une quarantaine d'années qui était en proie à des coliques intolérables : elle était dans le décubitus dorsal, avait la face grippée, sans fièvre. Depuis quelques jours, elle avait eu des coliques sourdes qui étaient devenues très violentes pendant la journée ; elle avait eu à diverses reprises des vomissements biliaires, et actuellement elle a un peu de diarrhée. Elle ne peut préciser l'époque de ses règles qui sont suspendues depuis un an. Ces douleurs sont survenues sans cause appréciable : elle a eu 3 enfants, elle est faible, anémique, mais toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Elle a bon appétit ; et ses douleurs ont diminué beaucoup depuis qu'elle s'est mise au lit. Sa mère est morte d'une tumeur (?) du foie.

L'abdomen ne semble pas augmenté de volume. Légère saillie au-dessous des fausses côtes droites. Aucune douleur à la palpation, sauf dans la région hépatique, où l'on constate une tumeur arrondie, dure, siégeant au niveau de la face inférieure du foie, dans la gouttière de la vésicule biliaire. La pression à ce niveau arrache des cris à la malade : je réserve le diagnostic et ne traite que la douleur. Je penchais fort pour une *tumeur de la vésicule biliaire ou du foie*, malgré l'absence de tout symptôme fonctionnel ; mais, lorsque je revins le lendemain, ma tumeur avait disparu. Je la cherchai et finis par la découvrir entre l'ombilic et l'épine iliaque droite. La face inférieure du foie était normale, la grosseur était moins sensible, ce qui permit de lui reconnaître la forme et la consistance d'un rein et une très grande mobilité....

OBSERVATION XL. (Thèse de Pitois)

*Mobilité du rein droit ; erreurs nombreuses de diagnostic, troubles nerveux.* — M<sup>me</sup> X., 58 ans, très maigre, affectée depuis plusieurs années de troubles dyspeptiques, éprouvait depuis quelque temps d'assez vives douleurs, siégeant tantôt dans l'hypochondre, tantôt dans le flanc droit. Plusieurs médecins consultés posèrent des diagnostics différents. L'un d'eux avait cru à une *tumeur de la vésicule biliaire*, un autre avait reconnu une *tumeur mobile* dont il ne précisait pas la nature. Un autre croyait à un *cancer*. La malade était très inquiète ; la famille, en présence de ces incertitudes, ne l'était pas moins. M. Lancereaux fut consulté sur ces entrefaites, et il lui fut facile, grâce à l'état flasque des parois abdominales, d'arriver à constater la présence, dans la région du flanc droit, d'une tumeur lisse, régulière, mobile, élastique. Cette tumeur légèrement douloureuse à la pression, de forme allongée, à grand diamètre vertical, glissait sous la main appliquée au niveau du flanc, pour se déplacer en avant et en haut, du côté de la colonne vertébrale. La malade présentait en outre des douleurs s'irradiant du flanc à l'épigastre. L'état général accusait une excitabilité exagérée du système nerveux. M. Lancereaux conclut à une luxation du rein, rassura la malade et la famille, et conseilla l'application d'une ceinture hypogastrique.

Ces faits se passaient en 1878. Depuis, M. Lancereaux a revu cette dame qui, considérablement soulagée, a repris sa gaieté, et vaque à ses occupations comme avant sa maladie.

OBSERVATION XLI (Pitois).

*Mobilité du rein droit prise successivement pour une tumeur de la vésicule biliaire et un squirrhe du pylore.* — M<sup>me</sup> D..., 28 ans, a consulté M. Lancereaux en février 1878. Deux grossesses antérieures, l'une en 1873, l'autre en 1875 ; à la suite de cette dernière, un léger accident. Depuis son dernier accouchement, cette dame s'est plainte à son médecin, et cela à plusieurs reprises, de souffrir dans le flanc droit. On diagnostiqua une *tumeur de la vésicule biliaire* et on institua un traitement approprié.

Dans le courant de 1878, cette dame, après une nuit passée au bal, éprouva, après avoir dansé, de très vives douleurs dans le flanc droit ; ces douleurs irradiaient vers l'ombilic et l'épigastre ; elles furent suivies de vomissements bilieux.

La malade inquiète fit appeler son second médecin. Celui-ci constatant une tumeur abdominale coïncidant avec des vomissements, conclut à un *squirrhe du pylore*. M. Lancereaux fut alors appelé en consultation.

L'apparence de bonne santé de la malade lui fit tout de suite éliminer l'idée d'un cancer. La palpation du ventre flasque et déprimé lui permit de constater l'existence, dans le flanc droit, d'une tumeur indépendante du foie, au-dessous du rebord costal, à peu près à la dernière fausse côte. Cette tumeur ferme, mobile, lisse, réniforme, douloureuse, permit de fixer le diagnostic *luxation du rein*.

La mobilité de ce dernier était d'ailleurs tellement accentuée que l'on pouvait, avec la main, le promener depuis la partie profonde du flanc jusqu'au diaphragme. M. Lancereaux conseilla l'application d'un bandage hypogastrique. De plus, il pratiqua sur le col utérin, légèrement granuleux, quelques cautérisations, et conseilla de s'abstenir de la marche et de la danse.

Depuis lors, les douleurs ne se sont fait que peu ou point sentir, et l'état de la malade est aujourd'hui très satisfaisant.

Le rein flottant a souvent été pris pour un *cancer de l'estomac* et surtout de la région *pylorique*, comme nous venons de le voir par l'observation précédente : cela se comprend à cause de la mobilité de la tumeur siégeant du côté de la petite courbure. En outre, dans les deux cas, on observe des vomissements ; et l'on sait qu'un malade qui vient d'être pris d'une crise douloureuse par suite du déplacement de son rein, présente un facies qui rappelle la cachexie. Il faut donc observer attentivement le malade, s'enquérir de ses antécédents, du début de la maladie, des symptômes qui ont précédé l'époque à laquelle on est consulté. Dans le cancer de l'estomac, à la période de tumeur, les malades ont déjà maigri depuis

longtemps pendant la période de dyspepsie ; les douleurs sont localisées à l'épigastre, et moins violentes que dans l'ectopie rénale ; les renvois ont une odeur d'œufs pourris, les vomissements sont déjà plus abondants, à la période de tumeur, s'ils ont existé dès le début. En outre, il est rare que la tumeur présente une forme ovoïde et, en tous cas, elle ne donne pas de douleur nauséuse à la pression. Enfin, la marche de la maladie vient bientôt, en général, faire cesser les hésitations. Il est des cas, cependant, où l'erreur peut s'expliquer : M. Noël Gueneau de Mussy cite l'exemple d'une femme de 52 ans, dont le rein droit, mobile, et les symptômes généraux simulaient un cancer du pylore (vomissements, crises névralgiques, troubles dyspeptiques). L'observation suivante, rapportée par M. Péan, est un cas tout à fait analogue.

OBSERVATION XLII.

(Péan ; *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, Paris 1880).

*Rein mobile pris pour un cancer de l'estomac.* — M<sup>me</sup> de P... habite une ville du Nord. Elle y a reçu les soins de *plusieurs médecins* qui, après la découverte d'une tumeur au niveau de l'épigastre et la constatation de vomissements assez fréquents, ont pensé à un *cancer de l'estomac*.

Il y a un an, la malade a été examinée par MM. Barth et Moutard-Martin qui, se basant sur les troubles fonctionnels, sur l'implantation profonde, sur l'extrême mobilité de la tumeur, diagnostiquèrent une luxation du rein. M. Chauffard, consulté depuis quelques mois, partagea cette opinion..

...La malade a de la *fièvre*, des *frissons* presque quotidiens ; est en proie à une anémie très prononcée, à des douleurs spontanées, fortes et localisées à la région sous-ombilicale, à un état d'agitation anxieuse, et le pouls est plein et fréquent.... Depuis quelques mois,

vomissements incoercibles; intégrité des fonctions des autres organes.

Examinée rapidement, la tumeur, légèrement apparente à la vue dans la région épigastrique, rappelle au palper les *tumeurs cancéreuses* de la petite courbure et de la face antérieure de l'estomac, si bien que, vu la fréquence de ces productions, un médecin peu attentif n'eût pas certainement hésité à y croire. Mais, en y regardant de plus près, il est facile de reconnaître qu'elle fait un relief dur et distinct au contact de la paroi épigastrique de l'abdomen, et qu'elle a des dimensions que n'atteignent pas d'ordinaire les tumeurs de l'estomac. Elle est dure, irrégulière, bosselée, douée d'une très grande mobilité, et la mobilisation n'est pas douloureuse. Elle s'étend verticalement de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et transversalement de l'un à l'autre hypochondre...

M. Péan fait ensuite le diagnostic différentiel de la tumeur, et démontre qu'elle ne peut être qu'un rein déplacé.

Nous avons pu en étudier un cas par nous-même sur l'indication de M<sup>r</sup> Duguet à l'hôpital Lariboisière.

#### OBSERVATION XLIII (personnelle).

*Rein mobile avec troubles digestifs et hématemèse, pris pour un cancer du pyloré.* — La nommée Phil..., Marië, lingère, âgée de 59 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 23 décembre 1882, dans le service du D<sup>r</sup> DUGUET. Elle est couchée au n<sup>o</sup> 13 de la salle Sainte-Joséphine.

Cette femme, étant très sourde, ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvient à avoir quelques renseignements. Elle aurait eu, vers la fin de janvier 1882, des *vomissements de sang* pendant 2 jours : elle fut alors soignée à l'asile d'Auteuil. En février, elle entra à Cochin : là, elle aurait eu de nouveau des vomissements de sang et une diarrhée sanguinolente pendant 3 jours. En novembre, elle rentre de nouveau à l'asile d'Auteuil pour des vomissements de sang, mais elle n'y séjourne pas longtemps. Enfin, ces vomissements sanglants l'auraient reprise vers la fin de décembre, et c'est pour cela qu'elle entre à Lariboisière.

Elle dit qu'elle sent depuis quelques jours comme une boule très froide, une « boule de glace » qui se promènerait transversalement dans son ventre. Elle raconte aussi que, depuis plus de 2 ans, elle sent une tumeur dans le ventre : au début, cette tumeur était placée plus haut qu'elle ne l'est maintenant. Elle est très mobile, voyage dans le flanc droit, mais jamais dans le gauche ; comme à ce moment la tumeur était très douloureuse, et que la malade était tourmentée par une « soif horrible », elle consulta un médecin qui reconnut bien la présence de la tumeur, mais *ne se prononça pas sur sa nature*.

Depuis son entrée, la malade n'a pas eu une seule fois de vomissement de sang. Sa tumeur, sans être aussi douloureuse qu'autrefois est encore très sensible au toucher ; aussi après l'examen de son ventre eut-elle un vomissement alimentaire.

En palpant méthodiquement l'abdomen, M. Duguet constata, en effet, la présence d'une tumeur au niveau de l'épigastre, empiétant un peu sur l'hypochondre droit. Notre maître est tout de suite frappé par l'extrême mobilité de cette tumeur et sa sensibilité. Passant une main sous la région lombaire, l'autre restant appliquée sur la tumeur, il arrive à la saisir complètement, et reconnaît alors, à n'en pas douter, qu'elle a la forme et les caractères du rein.

Faisant asseoir la malade, on examine la région lombaire qui ne présente *aucune dépression*. A la percussion, nous constatons, à plusieurs reprises, que la région lombaire droite, où le rein est déplacé, donne une matité complète ; tandis que la gauche, où le rein n'a pas quitté sa loge naturelle, donne un tympanisme des plus manifestes.

La malade n'a jamais eu d'enfants, elle n'a porté de corset que pendant 4 ans, et encore elle assure qu'elle ne se serrait pas.

M. Duguet fit examiner cette malade par plusieurs médecins qui, se basant sur les troubles dyspeptiques, le siège de la tumeur, sa mobilité, sa dureté, conclurent à un *cancer du pylore*.

Actuellement, la tumeur est presque totalement dans l'hypochondre droit ; elle est beaucoup moins douloureuse à la pression.

20 février 1883. La malade a des vomissements bilieux et des douleurs dans l'hypochondre droit.

18 mars. Amélioration.

Nous ne faisons que citer les tumeurs occupant la paroi abdominale qui, par leur fixité, leur projection en avant pendant l'inspiration, l'adhérence de la paroi et

de la tumeur, ne peuvent en imposer longtemps pour une ectopie du rein. — Les *corps étrangers* que l'on rencontre parfois dans la cavité abdominale, occupent les parties déclives, et n'atteignent jamais le volume du rein. Parlerons-nous des *anévrismes* de l'aorte abdominale ? Nous pensons, comme Fritz, que la confusion n'est pas possible.

Les tumeurs *stercorales* donnent en général la sensation de la terre glaise ; les doigts s'y enfoncent. En outre, elles ne revêtent pas la forme du rein, et il suffit le plus souvent d'un purgatif pour les faire disparaître.

Il n'est pas jusqu'à l'occlusion intestinale que n'ait pu simuler le rein flottant : ainsi, dans le cas suivant, le malade avait des vomissements fécaloïdes.

OBSERVATION XLIV (H. Martineau).

*Rein mobile méconnu, simulant l'occlusion intestinale.* — Marguerite V..., 62 ans, ouvrière en chapeaux de paille, entre le 2 octobre 1868 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 8. D'une bonne constitution, elle n'a jamais fait de maladie grave. Le début de l'affection remonte à 25 ans ; époque à laquelle elle accoucha à terme, et dans de bonnes conditions, d'une fille. Elle a toujours ressenti depuis cette couche des tiraillements du côté gauche qui la fatiguaient, surtout quand elle prenait beaucoup d'exercice, et qui étaient parfois tellement violentes qu'elle ne pouvait marcher que le corps plié en deux. Plusieurs médecins, appelés successivement, lui prescrivirent, les uns des *vésicatoires*, les autres des purgatifs, à la suite desquels la malade n'était nullement soulagée. Au bout de quelques jours, les douleurs disparaissaient, et il s'écoulait quelquefois plusieurs mois avant le retour d'une nouvelle crise. Les douleurs, quand elles existaient, prenaient de temps à autre une telle acuité, qu'elles déterminaient des vomissements alimentaires ; une fois même, la malade

affirme avoir eu des *vomissements fécaloïdes*. L'administration d'un purgatif fit disparaître cet accident.

Il y a 3 ans, cette femme fut prise de choléra et soignée à Lari-boisière dans le service de M. Hérard. Rentrée dans sa famille au bout de 40 jours, elle eut une convalescence fort longue, durant laquelle elle souffrait toujours beaucoup dans l'hypochondre droit. Ces souffrances avaient une marche irrégulière; la malade n'a jamais remarqué qu'elles fussent devenues plus vives au moment des règles. Depuis 12 ans, les règles ont disparu et la ménopause s'est effectuée sans difficulté. Enfin, il y a 3 mois, les douleurs dans le flanc droit devinrent tellement vives que la malade fut obligée d'interrompre ses occupations; et, après avoir épuisé toutes ses ressources, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée, les douleurs sont assez vives pour l'empêcher de marcher. M. Gueneau de Mussy, absent depuis quelques jours, reprend son service et constate, en palpant la région de l'hypochondre droit, la présence d'une tumeur dure et mobile, cachée en partie sous le rebord des fausses côtes. En déprimant d'une main la paroi abdominale, très flasque chez cette femme, on peut saisir cette tumeur avec l'autre main; mais la plus légère pression suffit pour donner des douleurs nauséuses. Si on cherche à l'entraîner en bas, la malade accuse un besoin pressant d'uriner. En faisant asseoir cette femme, on trouve, en percutant à gauche, une matité résistante au niveau de la région lombaire, et à droite, une sonorité élastique, due probablement à la présence du côlon ascendant au niveau du carré des lombes. L'ensemble de ces symptômes engage M. Gueneau de Mussy à porter le diagnostic du *rein flottant*.

A tous les renseignements qui précèdent, la malade ajoute qu'elle avait autrefois l'habitude de porter un corset serré, afin d'avoir une taille élégante.

Les *ganglions mésentériques*, tuméfiés et dégénérés, arriveraient difficilement à atteindre le volume du rein; et d'ailleurs il serait facile de retrouver plusieurs tumeurs du même genre, de différents volumes, ne rappelant en rien la forme du rein. — La *pérityphlite* n'a guère de commun avec le rein mobile que la douleur, la tuméfaction; ses caractères propres, la fixité, la fluctuation quel-

quefois, l'état général, ne permettraient pas une longue hésitation. — Nous pourrions faire les mêmes remarques pour le phlegmon de la fosse iliaque; pour que l'erreur fût possible, il faudrait supposer un rein fixé dans la fosse iliaque, s'enflammant et suppurant (1); c'est cette opinion qu'a émise Grisolles à propos d'un cas cité par Téallier (*Journ. gén., t. CVII, obs. III*).

OBSERVATION XLV

(Grisolles : *Archiv. gén. de médéc.* 1839.)

Le Dr Téallier rapporte l'observation incomplète d'un malade, un homme de 56 ans, qui éprouva de violents accès de colique néphrétique; il était sujet, depuis quelques années, à des douleurs de reins. Après un violent accès de colique néphrétique il pissa du pus, puis survint du gonflement de la fosse iliaque, comme il en avait déjà eu l'année précédente. Après six semaines de souffrances, pus abondant rendu par les selles. — Le malade mourut, mais l'autopsie ne fut malheureusement pas faite.

L'auteur pense que le pus rendu par la vessie et le rectum venait de l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, consécutive à une néphrite. Grisolles croit, au contraire, que l'abcès n'existait que dans le rein déplacé : « L'empâtement et la tuméfaction qu'on a constatés dans la fosse iliaque, sont insuffisants pour caractériser un phlegmon du tissu cellulaire; ces symptômes ont pu être produits par le rein, augmenté de volume et distendu par le pus. »

---

(1) « J'ai eu autrefois dans mon service, dit Cruveilhier, une femme minée par une fièvre hectique, dont je cherchais inutilement la cause, soit dans le thorax, soit dans l'abdomen; elle mourut. A l'ouverture, je trouvai les deux reins réunis, occupant le petit bassin, derrière le rectum, et débordant un peu le détroit supérieur. Ce rein double contenait une grande quantité de pus, qui s'était fait jour par le rectum. » (*Anat. descript., T. II, p. 307.*)

Les abcès par congestion sont fixes, situés plus profondément que le rein mobile ; il est quelquefois possible de sentir la fluctuation, et il est rare que le mal de Pott, qui est le point de départ de ces abcès, ne soit pas facile à découvrir, à cause de la douleur locale qui existe dans le point malade de la colonne vertébrale. En outre, on observe quelquefois des phénomènes de paralysie des membres inférieurs, ce qui est exceptionnel dans l'ectopierénale ; nous ne connaissons que le cas rapporté dans la *Revue des sciences médicales* (T. XI), dont nous avons déjà parlé. L'erreur a cependant été commise.

OBSERVATION XLVI (Fritz)

*Mobilité du rein gauche, prise pour un abcès par congestion, un déplacement de la rate.* — Une jeune femme de 23 ans, bien constituée, et ayant toutes les apparences d'une excellente santé, entrée au service de Velpeau (juin 1854), avait découvert, il y a trois ans, et après avoir éprouvé quelques douleurs dans l'abdomen, une tumeur dans cette partie, ce qui l'effraya beaucoup. Elle consulta divers praticiens très distingués de la province. Les uns virent là un *abcès par congestion*, les autres *déplacement de la rate*. On employa des médications très variées, et même on appliqua sur le ventre plusieurs *cautères* ou *moxas*.

On sentait profondément, dans le flanc gauche, une tumeur allongée de haut en bas, résistante, non fluctuante, un peu mobile, nullement douloureuse à la pression. Depuis le moment où la malade s'était aperçue de son existence, son volume était resté stationnaire ; elle ne déterminait pas d'autre trouble qu'un peu de gêne et de malaise. Toutes les fonctions (menstruation) s'exécutent régulièrement ; rien du côté des voies urinaires ; seulement il existe, au niveau de la région épigastrique, un gargouillement presque continu qui préoccupe singulièrement la malade et que l'on a attribué à la présence de gaz dans un estomac délabré. Digestions un peu laborieuses ; pas de troubles sérieux du côté du tube intestinal. — Diagnostic : *rein mobile*.

Ici le rein flottant a été confondu, en outre, avec une rate mobile ; nous rapportons un autre exemple de cette méprise.

OBSERVATION XLVII.

(Bauchet : *Bullet. de la Soc. Anatom.* 1854)

*Rein mobile pris successivement pour une tumeur de nature douteuse et pour une rate déplacée.* — J'ai vu dans le service de M. Velpeau un bel exemple de déplacement du rein. La malade avait passé bien du temps à l'Hôtel-Dieu de Reims. On avait cru à une *tumeur de nature douteuse*, développée dans la cavité abdominale, puis à un *déplacement de la rate*.

La tumeur était placée au niveau, à peu près, et à 2 travers de doigt en dehors de l'ombilic. Elle était mobile, indolente, même aux plus fortes pressions. Elle montait et descendait en suivant les mouvements du thorax. Elle était assez superficiellement placée, et la main l'explorait avec la plus grande facilité. Aussi, on reconnaissait la forme du rein, on sentait le hile de cet organe, le bord convexe étant tourné en bas, le bord concave en haut et un peu en avant. Le rein semblait avoir accompli un mouvement de rotation de dehors en dedans, autour de son extrémité supérieure qui serait restée en place. La percussion démontrait que la rate était à sa place. La malade, du reste, n'avait jamais eu d'accès de fièvre.

Voici ce que dit Fritz sur les déplacements et les tumeurs de la rate : « Dans les observations de déplacements de la rate qui existent dans la science, on a toujours pu reconnaître : 1° que la tumeur était beaucoup plus volumineuse et située généralement plus bas que le rein gauche, quand il est mobile ; 2° que la matité splénique normale était remplacée par un son tympanique, tandis que la matité rénale était la même qu'à l'état normal ;

3° que la percussion de la tumeur donnait un son mat. Ajoutons que les chutes de la rate s'accompagnent parfois d'une dépression manifeste de l'hypochondre gauche, et donnent presque toujours lieu à des symptômes beaucoup plus graves que la mobilité du rein. — Les tumeurs de la rate, sans déplacement de cet organe, sont plus volumineuses que le rein mobile lorsqu'elles descendent aussi bas que cet organe ; elles ne sont donc pas sensiblement mobiles et donnent un son mat à la percussion. La percussion de la région rénale lèvera d'ailleurs *tous les doutes*. »

A propos de cette dernière phrase de Fritz, nous ferons remarquer que, dans les observations que nous citons, le fameux tympanisme de la région lombaire du côté du rein déplacé, est à peine signalé *trois fois* ; or les auteurs, qui insistent tous sur ce signe, pathognomonique selon eux, n'auraient pas manqué d'en parler s'ils l'avaient rencontré dans les autres cas où il n'en est nullement fait mention. De sorte que, pour les 50 observations que nous rapportons, si l'on avait attendu chaque fois, pour se prononcer, que ce signe vînt *lever les doutes*, on eût attendu 47 fois en vain.

Les *tumeurs des capsules surrénales* ne pourraient être confondues avec le rein mobile que lorsqu'elles ont acquis un certain volume ; alors elles peuvent, en effet, déplacer le rein, mais elles sont situées beaucoup plus haut que le rein et, à plus forte raison, qu'un rein ectopié. En outre, on n'a jamais constaté que ces tumeurs fussent mobiles.

Les *tumeurs du mésentère*, telles que kystes, cancer, tubercules, peuvent présenter de l'analogie avec le rein flottant ; mais ces tumeurs sont bien rares. Un kyste hydatique, notamment, nous pouvons en parler par expé-

rience, gênerait tellement la miction et la défécation, outre son volume appréciable à la palpation, que l'erreur ne pourrait pas être de longue durée. Nous ne croyons pas qu'une méprise de ce genre ait été faite : c'est plutôt l'erreur contraire. Ebstein, par exemple, rapporte une observation où l'on diagnostiqua un rein mobile, du vivant du malade, et l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du mésentère.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les *tumeurs de l'intestin*, car les troubles dont elles s'accompagnent, lorsqu'elles atteignent le volume du rein, ne sont que trop caractéristiques. — Richet cite cependant un cas où un cancer annulaire du côlon fut diagnostiqué rein flottant; actuellement, il se trouve, paraît-il, dans un service de Clinique médicale de Paris, une malade chez laquelle le Professeur a diagnostiqué un *cancer du rectum*, tandis que le chef de clinique et quelques-uns de ses collègues penchent pour un rein mobile. On peut voir par là que le diagnostic des tumeurs de l'intestin ne s'impose pas toujours d'une façon évidente.

Les *corps fibreux* pédiculés de l'utérus qui se développent dans la cavité péritonéale peuvent, à un moment donné, par suite de la rupture de leur pédicule, tomber vers les parties déclives de la cavité du péritoine, où ils résident à l'état de corps flottants. Mais il est rare qu'ils atteignent le volume du rein; ils sont ordinairement multiples et sont soit pyriformes, soit coniques ou arrondis, et n'affectent jamais la forme du rein. D'ailleurs ils ne sont pas douloureux à la pression, et coïncident souvent avec des tumeurs de même nature à la face interne de l'utérus, d'où des hémorrhagies.

Nous ne citons que pour mémoire les *phlegmons péri-*

utérins et la *métrite*, bien qu'on ait cru à cette dernière affection dans un cas de rein flottant (Observ. XIV); nous nous contenterons d'engager les hésitants à pratiquer le toucher vaginal et l'examen au spéculum.

La *grossesse* elle-même a été invoquée pour expliquer certains symptômes dans un cas d'ectopie du rein : l'erreur, à vrai dire, n'a pas été commise par un médecin; mais il est intéressant de savoir qu'une femme qui n'a qu'un rein déplacé, peut prétendre qu'elle sent *remuer* l'enfant.

#### OBSERVATION XLVIII.

(Edwin Day : *Edimb. med. journ.* ; dec. 1864. Vol. X. T. I, p. 553)

Mrs W..., âgée de 37 ans, se presenta à King's College Hospital, le 3 juin 1864, avec les antécédents suivants :

Elle était mariée, et avait eu un enfant 5 ans auparavant; depuis ce temps, elle avait été bien réglée jusqu'en septembre dernier, époque à laquelle elle éprouva une grande frayeur causée par la chute du plafond de sa chambre.

A la suite de cet accident, les règles manquèrent 2 fois; elle les vit avec surprise apparaître à la 3<sup>e</sup> époque, et persista à se croire enceinte malgré le rétablissement régulier de la menstruation depuis cette époque; elle prétendit même avoir senti les *mouvements de l'enfant*. Enfin, les 9 mois ayant passé sans amener de changement dans son état, elle vint me consulter pour connaître mon opinion.

A l'inspection de l'abdomen, je trouvai du tympanisme et pas de traces de tumeur utérine; mais, dans la fosse iliaque droite, je sentis une tumeur fuyant au plus léger contact de la main, et que je reconnus être le rein droit. Le rein gauche était également mobile, mais placé moins bas que l'autre..... Je la fis entrer dans le service du Dr Johnson, qui confirma mon opinion.

Priestley (1) émet l'opinion que plusieurs cas de fausses grossesses, arrivés à sa connaissance, étaient dus à des reins mobiles ; mais il ne rapporte aucune observation à l'appui.

Le cancer de l'ovaire, par sa forme irrégulière, sa facilité de se propager et l'impossibilité où l'on est de le faire rentrer dans la loge du rein, ne semble pas, à première vue devoir prêter à la confusion. Il a pourtant fallu une autopsie, dans le cas suivant, pour venir donner un démenti au diagnostic que tous ceux qui avaient vu la malade croyaient bien indiscutable.

#### OBSERVATION XLIX

(Perret : *Bullet. de la Soc. anat.* 1854.)

*Tuberculisation du rein droit ; pyélite, hypertrophie du rein gauche avec déplacement de l'organe pris pour une tumeur de l'ovaire, autopsie.* — Le 15 mars 1854, est entrée à l'hôpital Lariboisière la nommée Van Lerokers, Constance, âgée de 40 ans, service de M. Becquerel, salle Sainte-Mathilde, n° 40. Cette femme, alitée depuis deux mois, souffre depuis six mois environ de douleurs vives et lancinantes dans la région lombaire, s'irradiant dans les aines et dans les cuisses ; elle accuse en même temps une douleur sourde et profonde au niveau du pubis, sans toutefois que la pression exagère la douleur. Le ventre est un peu déformé et plus saillant dans la région iliaque que du côté droit.

En palpant l'abdomen, on trouve, à gauche de la ligne médiane, une tumeur dure, d'un volume considérable, remontant presque au niveau des fausses côtes. Cette tumeur, insensible à la pression, présente quelques mouvements obscurs. La malade a une leucorrhée blanc grisâtre et la menstruation est très irrégulière. Le toucher montre que l'utérus est un peu abaissé ; le col et le corps paraissent

---

(1) Priestley. — *Med. Tim. and Gaz.* 1857, T. I.

sains, l'organe est peu mobile et, en le repoussant en haut, on imprime à la tumeur quelques mouvements très limités. En portant le doigt à gauche du col, on sent la base de la tumeur qui paraît faire corps avec l'ovaire.

La malade est dans un état de marasme très avancé : elle a perdu l'appétit, et son teint présente une couleur jaune paille très prononcée. Rien du côté des poumons. Diagnostic : *tumeur ovarique* du côté gauche, probablement de nature *cancéreuse*.

2 avril 1850. La malade succombe dans le marasme.

AUTOPSIE, pratiquée le 4 avril.— Nous étions *tellement convaincus* que nous avions affaire à une *tumeur de l'ovaire*, que nous avons de suite porté le scalpel sous le cul-de-sac utéro-vésical, et divisé une partie de la vessie qui était adhérente aux parois vaginales. L'état de la muqueuse du vagin nous a donné aussitôt l'éveil et nous avons vu, en effet, que notre tumeur n'était que le *rein déplacé et hypertrophié*, reposant sur le fond de l'utérus et sur le ligament large du côté gauche.

Les *kystes de l'ovaire* ont déjà donné lieu, par eux-mêmes, à tant d'erreurs de diagnostic, qu'on aurait été surpris de ne pas voir le rein flottant pris, au moins une fois, pour une de ces tumeurs. Ne voulant pas revenir sur les différences de forme, de sensibilité au toucher, etc., que nous avons déjà tant de fois signalées pour les autres tumeurs du ventre, nous dirons seulement que ces kystes ne se révèlent, en général, que lorsqu'ils ont atteint un volume supérieur à celui du rein. La tumeur est quelquefois bosselée, fluctuante, et, d'ordinaire, n'est guère mobile. Ne pas négliger de pratiquer le toucher vaginal et même rectal, au besoin.

Nous avons trouvé, dans un journal anglais, une observation très intéressante, où une pauvre malade fut victime de la méprise de deux chirurgiens. Le fait n'est qu'indiqué dans la thèse de Le Ray ; comme cette longue observation est un des exemples les plus frappants des

conséquences de l'erreur dans le diagnostic du rein mobile, nous l'avons traduite et nous en donnons les principaux passages.

OBSERVATION L.

(Hall Davis and Lawson : *The Lancet* ; 1865, t. I, p. 285).

*Tumeur du rein gauche; ectopie de ce rein, prise pour un kyste de l'ovaire.* — P..., Elisabeth, âgée de 49 ans, veuve avec trois enfants, entra à l'infirmerie de Prudhoe le 27 décembre 1864 ; on soupçonnait chez cette femme une tumeur de l'ovaire gauche.

Antécédents héréditaires excellents ; très bien portante jusqu'au mois d'août 1860. Elle raconte qu'à cette époque elle a fait une chute, et ressentit peu de temps après une douleur dans le côté gauche. Elle pense que c'est alors qu'elle aperçut une petite tumeur de la grosseur d'une noisette qu'elle porte dans la région inguinale gauche ; mais il est difficile d'établir si ce qu'elle a senti alors était la tumeur du ventre pour laquelle elle est entrée à l'hôpital, ou bien la hernie qu'elle porte actuellement. La menstruation a cessé il y a deux ans ; dans ces deux dernières années, elle a souffert de prurit vulvaire et de leucorrhée. Rien d'anormal dans les urines.

A son entrée à l'hôpital, elle paraît pâle et inquiète ; elle dit qu'elle ne peut pas toujours dormir à cause de son mal de ventre. Fréquentes envies d'uriner : incontinence pendant la marche. A l'inspection de l'abdomen, on voit une saillie notable en avant et au-dessous de l'ombilic. Dans la région lombaire gauche, on sent en avant une tumeur qui semble avoir la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Elle est mate à la percussion, tandis que le reste du ventre est sonore ; cette tumeur présente une surface irrégulière, élastique, mais non fluctuante. Elle était très mobile et non adhérente aux parois abdominales. La malade en souffre beaucoup par instants ; quelquefois elle passe toute la journée et toute la nuit sans souffrir. — Urine normale ; pouls normal ; langue nette, rien aux poumons. Le Dr Hall Davis explora l'utérus avec la sonde, et s'assura qu'il était mobile, indépendant de la tumeur.

Le 7 janvier 1865. La malade se sent mieux qu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Le 13 janvier. Douleurs dans le ventre, surtout dans la région iliaque gauche. Croyant que la tumeur dépendait de l'ovaire, et pensant que, vu la grande mobilité de la tumeur, son extirpation serait facile, l'opération fut décidée; mais les dangers en furent exposés à la malade par les Drs Hall Davis et Lawson, et on lui conseilla de quitter l'hôpital pendant huit jours pour aller consulter ses parents et amis.

Le 24 janvier. La malade revient à l'hôpital bien décidée à se faire opérer.

Le 26 janvier. Toutes les précautions étant prises, la malade est endormie au chloroforme. Le Dr Lawson ouvre l'abdomen, appuyant avec la main de chaque côté de la plaie, et la tumeur se présente immédiatement à la vue; elle est située au-devant des intestins et semble être une petite tumeur de l'ovaire. Elle était recouverte par le péritoine. Alors M. Lawson chercha le pédicule, mais sans le trouver. La tumeur n'était pas dans la cavité péritonéale. Une petite ponction capillaire n'amena que du sang. Mais, quelle était la nature de la tumeur? M. Lawson pensa que ce pourrait être le rein dégénéré; et, comme c'était l'opinion la plus probable, on n'alla pas plus loin, et la plaie fut fermée....

La malade meurt le 29 janvier.

AUTOPSIE pratiquée par le Dr Cayley. — On trouve tout d'abord une péritonite généralisée. Le rein gauche est déplacé: à ce rein est attachée une large tumeur ovale qui semble en faire partie. Le rein et la tumeur étaient enveloppés par le péritoine qui leur formait une sorte de mésentère. Le rein était tourné de telle façon que son hile regardait en bas et à gauche. A la coupe, on trouva que la tumeur avait la consistance molle de la substance cérébrale. Le colon descendant était derrière la tumeur et le rein. Ovaires petits et durs. Le foie et le rein droit sont normaux.

Examinée au microscope, la tumeur présente des noyaux ronds et ovales, de la dimension des globules sanguins, avec une petite quantité de fibres très déliées et des fibres-cellules longues et minces. Aucune trace de la ponction de la tumeur. Dans ce cas, la situation insolite de la tumeur était suffisante pour expliquer l'erreur de diagnostic. Certainement, la dernière chose qu'on pût s'attendre à trouver en ouvrant l'abdomen, était le rein reposant sur la surface intestinale.... Le cas est intéressant en ce qu'il apporte un fait nouveau dans l'histoire des difficultés du diagnostic des kystes de l'ovaire.

On a pu voir, par les nombreuses observations que nous venons de rapporter, que le diagnostic de l'ectopie rénale n'était pas toujours chose facile. Raison de plus pour se bien pénétrer des symptômes de cette affection et des signes physiques que donne le rein déplacé, chaque fois que l'on est appelé à se prononcer sur la nature d'une tumeur de l'abdomen. Nous avons suffisamment insisté sur les suites que peuvent entraîner les erreurs : il n'est donc pas indifférent de savoir diagnostiquer un rein mobile, pour éviter de couvrir le ventre des malheureux malades de pommades et de vésicatoires, de ventouses, de sangsues, de cautères, de moxas, et surtout pour n'être pas tenté de porter le couteau sur un ventre qui n'a besoin que d'un bandage approprié.

Nous savons que, dans la pratique en ville, il est quelquefois difficile de résister aux sollicitations d'un malade et surtout d'un entourage qui vous harcèlent et vous demandent avec instance de *faire quelque chose*. On comprend dans quelle situation peut se trouver un malheureux médecin qui n'est pas sûr de son diagnostic, et est quelquefois à cent lieues de penser au rein flottant : c'est alors qu'il a recours aux fondants, aux révulsifs, et le reste.

Aussi notre but est-il d'éveiller l'attention des praticiens qui pourraient se trouver embarrassés par des cas de ce genre, et surtout d'arrêter dans leur élan ceux qui seraient tentés d'opérer. Trop heureux si nous pouvons y réussir !

## CONCLUSIONS

I. — L'ectopie rénale est, relativement, une maladie assez commune ;

II. — Si elle paraît aussi rare, c'est qu'on ne la trouve pas toutes les fois qu'elle existe ;

III. — Pour éviter l'erreur de diagnostic, il faut, avant tout, avoir présente à l'esprit la possibilité d'un déplacement du rein ; ensuite, être bien pénétré de la variété des symptômes que peut présenter cette affection ;

IV. — Enfin, dans les cas douteux, se borner à soulager et surtout bien se garder d'une intervention non justifiée par un diagnostic indiscutable, en vertu de ce vieil adage qu'on ne saurait trop répéter et qu'on répètera sans doute encore longtemps : *Primo non nocere.*

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABERLE. — *Méd. chir. Zeitung*. T. IV; 1826.  
 ADAMS. — *Méd. Times and gaz.* 1857; T. I, p. 651.  
 BAICHET. — *Bullet. de la Soc. Anat.* 1854 (note).  
 BECQUET. — *Archiv. de méd.* 1865.  
 BRAUN. — *Deutsche Klinik*. 1853.  
 BROCHIN. — *Gaz. des Hôp.* 1854.  
 CARNLEY. — *Méd. Tim. and. gaz.* 1858; T. I.  
 CHROBAK. — *Méd. chir. Rundschau*. Sept. 1870.  
 CRUVEIHIER. — *Anatom. descript.* T. II.  
     *Ibid.* — *Anat. path. gén.* T. I, p. 722.  
 DAY (Edwin). — *Edimb. med. jour.* 1854, p. 553.  
 DEFONTAINE (F.). — *Thèse de Paris*. 1874.  
 DIETL. — *Wien. med. Wochen.* 1864.  
 DRYSDALE. — *The Lancet*. 1866.  
 EHRLE. — *Berlin. Klinik Wochen.* 1866.  
 FERBER. — *Arch. für. path. Anat. und Physiol.*; 1871. T. LII  
     p. 95.  
 FLEMING. — *Brit. med. journ.* 1869.  
 FOURNIÉ. (Ed.). — *Revue méd. franç. et étrang.*; janv. 1883.  
 FOURRIER (de Compiègne). — *Bullet. gén. de therap.* 1875. T. I.  
     p. 484.  
 FRITZ. — *Arch. gén. de méd.* 1859; p. 158.  
 GILEWSKI. — *Oester. Zeits. Heilkunde.* 1865.  
 GIRARD. — *Journ. hebdomad.* 1836.  
 GONTIER. — *Union méd.* 1869.  
 GRISOLLE. — *Traité de path. int.* T. I, p. 640; 9<sup>e</sup> édit.  
 Id. — *Arch. gén. de méd.* 1839.  
 GROUT. — *Thèse de Paris*. 1874.  
 GRUBER. — *Medizin. Jahrb.* 1866.

- GURNEAU DE MUSSY (N.). — *Union méd.* 1867.  
HARE. — *Med. Tim. and gaz.* 1858; T. I.  
HAYEM. — *Rev. des scienc. méd.* T. XI, p. 454.  
HENOCH. — *Klinik der Unterleibskrankh.* III.  
HESLOP. — *British med. journ.* 1869.  
HEUSINGER. — *Die Krankh. der Harnorgane von Robert Willis;*  
deutsch von Heusinger. Eisenach, 1841.  
IAGO. — *Med. Tim. and Gaz.* 1858; T. II.  
JACCOUD. — *Traité de path. int.* T. II.  
KLÜPPPEL. — *Würtemb. med. Corresp.* Bl. 1874.  
LABADIE-LAGRAVE. — *Dict. de Méd. et de Chir. prat. Art. Rein.*  
LANCEREAUX. — *Dict. encyclop.* 1875. Art. Rein.  
*Id.* — *Union méd.* 1880; p. 223.  
LAWSON et HALL DAVIS. — *The Lancet*, 1865; p. 285.  
LÉCORCHÉ. — *Traité des mal. des reins.* Paris, 1875.  
LE RAY. — Thèse de Paris. 1876.  
MAC EVENS. — *Glasgow med. journ.* 1870.  
MARTINEAU (H.). — Thèse de Paris. 1868.  
MESUE. — *Opera omnia.* Venetiis. 1564.  
MOSLER. — *Berlin. Klin. Wochen.* 1866.  
NELATON. — *Gaz. des Hôp.* 1854.  
OPPOLZER. — *Wien. med. Wochen.* 1856.  
— *Rev. étrang. méd.-chir.* 1855; n° 29.  
PÉAN. — *Diagn. et traitem. des tum. de l'abdom. et du bassin.*  
Paris 1880.  
PEEBLES. — *Med. Press and circular*, 1874.  
PERRET. — *Bullet. de la Soc. anat.* 1854.  
PETTERS. — *Prager Vierteljahrsscher.* T. LI.  
PIEPER. — *Ueber Cystenbildung und Hydronephr. beweglicher Nieren.*  
Berlin 1867.  
PITOIS. — Thèse de Paris 1879.  
PORTAL. — *Cours d'anat. méd.* T. V.  
PRIESTLEY. — *Med. Tim. and gaz.* 1857.  
RAYER. — *Traité des mal. du rein*, T. III. Paris, 1844.  
RIGAL. — Thèse de doctorat, Paris 1884.  
RIOLAN. — *Man. anat. et pathol.* : Lyon, 1872; p. 228.  
ROLLETT. — *Pathol. und Therap. der beweglichen Niere.* Erlangen 1866.  
ROSENTEIN. — *Die Path. und Ther. der Nieren krankheit.*; Ber-  
lin 1870.  
SAWYER. — *Floating Kindney.* Birmingham med. review.  
SCHIFF. — *Presse méd. belge.* 1869.

- SCHULTZE. — *Ein Beitrag Zur Casuistik der beweglichen Niere.*  
Berlin 1867.
- STEIGER. — *Würzb. med. Zeits.* 1867.
- THUN. — *Ueber bewegliche Niere.* Berlin, 1872.
- TZSCHASCHEL. — *Dissertat. inaugur.* Berlin, 1872.
- URAG. — *Wien. med. Wochen.* 1856, n° 3.
- WADE. — *Midland quaterly journ.* 1858.
- WILLIS. — *Urinary diseases*, p. 469.
- WILTSCHIRE. — *Transact. of path. soc.* 1868.

## QUESTIONS

*Anatomie et histologie normales.* — Appareil génito-urinaire.

*Physiologie.* — Des mouvements et des bruits du cœur.

*Physique.* — Description des piles les plus usitées.

*Chimie.* — Azote, phosphore, arsenic et antimoine ; leurs caractères distinctifs, leur préparation.

*Histoire naturelle.* — Caractères généraux des arachnides, leur division ; des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme, (sarcopte, demodex, etc.).

*Pathologie externe.* — Des anévrysmes et de leur traitement.

*Pathologie interne.* — Du rachitisme.

*Pathologie générale.* — De la gangrène.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Des kystes.

*Médecine opératoire.* — Des appareils employés pour le redressement du membre en cas de pied-bot.

*Pharmacologie.* — De la sublimation, de la calcination, de la torréfaction ; quels sont les principaux médicaments obtenus par calcination et par sublimation ?

*Thérapeutique.* — Des diverses voies d'absorption des médicaments.

*Hygiène.* — Des bains.

*Médecine légale.* — Quels sont les poisons qui ont des caractères chimiques mal définis ou incomplets, et dont la nature doit être confirmée par des expériences physiologiques.

*Accouchements.* — Signes certains de la grossesse.

Vu par le président de la thèse :

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



